

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 63

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE

LA PERICOLITE GAUCHE

d'ORIGINE GYNÉCOLOGIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 25 Novembre 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PAUL BURLATON

né à Sathonay (Ain), le 30 Juillet 1893.



LYON

J.-B. ROUDIL, IMPRIMEUR-EDITEUR

3, QUAI SAINT-CLAIR.

1919

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1919-1920. — N° 63

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE
LA PERICOLITE GAUCHE
d'ORIGINE GYNÉCOLOGIQUE

THÈSE

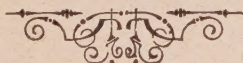
PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
et soutenue publiquement le 25 Novembre 1919
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PAUL BURLATON

né à Sathonay (Ain), le 30 Juillet 1893.



LYON

J.-B. ROUDIL, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

3, QUAI SAINT-CLAIR.

1919



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. LEPINE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, TESTUT, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, MORAT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales		ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	{	BARD
Clinique ophtalmologique		TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		BERARD
Clinique des maladies nerveuses et mentales		FABRE
Clinique des maladies des enfants		ROLLET
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		LEPINE (J.)
Chimie biologique		WEILL
Chimie organique et Toxicologie		POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique		CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ
Anatomie		MOREL
Anatomie générale et Histologie		MOREAU
Physiologie		GUIART
Pathologie interne		X...
Pathologie et Thérapeutiques générales		POLICARD
Anatomie pathologique		BOYON
Médecine opératoire		COLLET
Médecine expérimentale et comparée		MOURIQUAND
Médecine légale		PAVIOT
Hygiène		POLLOSSON (M.)
Thérapeutique		ARLOING
Pharmacologie		ETIENNE MARTIN
		COURMONT
		PIC
		FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx	MM. LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	X...,	—
Déontologie et médecine professionnelle	X...,	—

AGRÉGÉS

MM. BARRAL COMMANDEUR NEVEU-LEMAIRE LAROYENNE VORON NOGIER	MM. LATARJET BRETIN LERICHE THEVENOT (Léon) TAVERNIER CADE	MM. GUILLEMARD GARIN SAVY FROMENT THEVENOT(Lucien) PIERY	MM. COTTE DUROUX BONNAMOUR, chargé des fonctions SARVONAT, id.
--	--	--	---

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. TIXIER, Président; POLLOSSON (A.), Assesseur;
MM. COMMANDEUR, et DUROUX, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE MARCEL

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PREMIER MAÎTRE,

LE DOCTEUR MAURICE RAFIN

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph, à Lyon

Il a produit sur moi, au début de mes études, une impression qui restera ineffaçable. Puisse-t-il m'avoir inculqué sa haute conception du Devoir Médical !

J'espère d'autre part garder le fruit de ses magistrales leçons d'Urologie.

A MES. MAÎTRES DES HÔPITAUX DE LYON :

D^r ROLLET

Professeur de Clinique Ophtalmologique

D^r BÉRARD

Professeur de Clinique Chirurgicale

D^r WEILL

Professeur de Clinique Infantile

D^r COMMANDEUR

Professeur agrégé à la Faculté

Accoucheur des Hôpitaux

D^r FAVRE

Médecin des Hôpitaux

(En souvenir de mon séjour dans son
Service à l'hôpital complémentaire
n° 18, en 1914-1915.)

D^r PAUL COURMONT

Professeur d'Hygiène

Médecin des Hôpitaux

D^r PALLASSE

Médecin des Hôpitaux

A MON MAÎTRE

LE D^r L. TIXIER

Professeur de Clinique Chirurgicale

qui a bien voulu me faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.

AVANT-PROPOS

Qu'il nous soit permis d'ajouter à cette dédicace quelques mots de remerciements à l'adresse de M. le Professeur Tixier qui, non content de nous avoir fait profiter de ses magistrales leçons chirurgicales, nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous en a fourni les observations. Il ne nous a ménagé ni ses conseils, ni son temps pour nous permettre de mener à bien ce travail. Nous lui en restons profondément reconnaissant.

Remercions aussi ceux dont les noms ne figurent pas parmi les dédicaces : M. le Professeur agrégé Patel, Chirurgien des Hôpitaux, qui nous a aimablement fourni d'amples renseignements ; MM. les Docteurs Devic, ancien Médecin des Hôpitaux, et Bouchut, Médecin des Hôpitaux, qui nous ont accueilli avec la plus grande bienveillance et nous ont permis de compléter l'observation d'une malade que nous avions perdue de vue et qui, après l'intervention, était retournée dans leur service ; enfin le Docteur Bonnet, Chef de clinique chirurgicale, qui a bien voulu nous permettre d'insérer deux observations de malades opérées par lui dans le service du Professeur Tixier.



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA PÉRICOLITE GAUCHE

D'ORIGINE GYNÉCOLOGIQUE

HISTORIQUE

L'histoire des affections inflammatoires de l'**S** iliaque est une histoire assez récente : c'est Mayor, de Genève, en 1893, qui dénomma la sigmoïdite et en fit une entité clinique analogue à la typhlite, en apportant plusieurs observations de sigmoïdite simple ou compliquée d'abcès péricoliques.

Mais la question, dans le cadre plus étroit où nous l'avons mise, en envisageant uniquement les lésions du côlon descendant, ou pelvien d'*origine génitale*, est plus récente encore.

C'est en 1906 que Michaux, dans une communication à la Société de Chirurgie, signala le premier un cas de péricolite suppurée d'origine génitale. Cette publication souleva de nombreuses discussions : Hartmann ne voulait admettre le terme de « péricolite » que pour les affections péritonéales développées autour de l'anse sigmoïde et consécutives à une lésion de cette anse elle-même.

Saillant, dans la même année 1906, dans sa thèse, inspirée par Michaux, faisant une classe spéciale de péricolites d'origine extra-intestinale, expose ses idées sur la pathogénie de ces péricolites survenant chez des accouchées ou des avortées, ou chez des femmes atteintes de lésions annexielles. Malheureusement, il ne publie qu'une observation de péricolite suppurée, consécutive à un abcès ovarien.

En 1907, Robinson Byron, de Chicago, montre, dans une statistique basée sur 200 autopsies de femmes, que 85 fois sur 100, l'anse sigmoïde contracte des adhéren-

ces avec les autres viscères pelviens, en particulier avec l'annexe gauche.

La même année, Albrecht, en Allemagne, prouve, étayée sur de nombreuses observations, l'existence d'une solidarité pathologique étroite entre l'S iliaque et l'appareil génital de la femme.

Brouha, de Liège, fait connaître ces travaux en Belgique et en France.

En 1908, Rawson Pennington, de Chicago encore, signale dans un mémoire les lésions sigmoïdiennes et péricoliques qui peuvent cliniquement en imposer pour des lésions annexielles.

En 1909, Guillaume-Louis, de Tours, publie dans les *Archives Médico-Chirurgicales de Province*, un petit travail sur les sigmoïdites et péricoliques, résumant à peu près toute la thèse de Saillant.

Küss, dans sa thèse sur les « Rétrécissements péricoliques pelviens », étudie les péricoliques sténosantes, aboutissant à la constitution de rétrécissements péricoliques ou rectaux : « Les rétrécissements péricoliques péritonéaux s'observent chez la femme et sont d'origine salpingienne, utérine ou pelvi-péritonitique. Ils se forment par l'intermédiaire d'une péritonite d'abord fibro-adhésive, puis rétractile. » Il publie 14 observations, dont 5 personnelles, de rétrécissements péricoliques pelviens consécutifs à des lésions annexielles.

En mai 1910, J. Poulain, de Lille, publie, dans le *Journal des Sciences Médicales de Lille*, une observation de laparotomie sur diagnostic de fibrome et annexite gauche, où les annexes gauches, adhérentes à l'S iliaque, furent trouvées, après l'ablation, absolument saines, tant à l'examen histologique qu'à l'examen macroscopique : il s'agissait de péricolite chronique, à

forme fibreuse, ayant déterminé des symptômes annexiels.

La même année, au Congrès de Chirurgie, Princeteau, de Bordeaux, attire de nouveau l'attention sur la fréquence du retentissement inflammatoire des annexes gauches de l'utérus sur le côlon pelvien et son méso. Par contre, il n'a pas encore observé le processus inverse, c'est-à-dire la propagation inflammatoire de l'anse sigmoïde à l'annexe.

En 1911, Poulain publie, dans les *Archives Générales de Chirurgie*, une étude résumant à peu près tout ce qui a été dit sur la question.

Peu après, paraissait la thèse de Castera, sur les « Rapports anatomo-cliniques des annexites gauches avec l'S iliaque et son méso ». Cette thèse, inspirée par Princeteau, est le travail le plus complet paru sur ce sujet, et mérite bien quelques mots d'analyse.

Après une étude anatomique approfondie des voies normales de communication des annexes à l'S iliaque, l'auteur expose la pathogénie de la propagation de l'infection. Si la propagation de l'inflammation de l'annexe à l'S iliaque est une complication fréquente, on peut voir aussi, mais beaucoup plus rarement, le phénomène inverse, complications annexielles dues à une infection sigmoïdienne. Le diagnostic de la coexistence de lésions annexielles et sigmoïdiennes est souvent difficile, mais possible; le pronostic n'en est pas sensiblement assombri. Le traitement s'adressera à l'organe infecté le premier et, suivant la gravité du cas, sera médical ou chirurgical.

A l'appui de son travail, Castera publie 24 observations, personnelles ou étrangères, parmi lesquelles l'observation déjà citée de Poulain et une autre de R. Pennington, toutes deux observations de péricécalite

chronique vraie, ayant déterminé des symptômes annexiels.

En octobre 1911, un article de la *Semaine Médicale* sur le « facteur sigmoïdien dans les maladies pelviennes », résume le mémoire de R. Pennington de 1908. Envisageant plus particulièrement les cas où la maladie sigmoïdienne est la première en date et cause les accidents annexiels, MM. Pennington, Poulain et E. Ries émettent à ce sujet plusieurs hypothèses pathogéniques.

En 1912, plusieurs études sur la péricisimoïdite sont publiées, ne se rapportant pas à notre sujet.

En 1913, dans son magistral rapport au Congrès de Chirurgie sur la « Chirurgie du côlon pelvien », M. Patel, de Lyon, revient accessoirement sur ce sujet, à propos des coudures et déplacements acquis du côlon pelvien, des affections du méso et des suppurations secondaires parasigmoïdiennes. Sur ce point, M. Patel se rallie aux idées de Hartmann et n'admet le terme de « péricisimoïdite » que pour les lésions à point de départ intestinal.

Peu après, au Congrès de Gynécologie de Lille, le même chirurgien présente deux observations personnelles d'inflammation péricisimoïdienne à point de départ annexiel gauche.

En 1914 la guerre survint et des préoccupations plus urgentes sont venues accaparer l'attention des chirurgiens, si bien que toutes nos recherches bibliographiques postérieures au travail de M. Patel sont restées vaines.

Sous les auspices de M. le professeur Tixier, nous nous permettons de remettre la question sur le tapis.

INTRODUCTION

Depuis longtemps, M. le professeur Tixier avait été frappé de la fréquence du retentissement des affections gynécologiques sur la portion pelvienne du tube digestif. Quelques formes un peu particulières avaient à plusieurs reprises sollicité son attention. Un certain nombre de cas très intéressants, observés tout récemment à court intervalle, ont de nouveau défrayé cette attention ; nous eûmes la bonne fortune de pouvoir en observer quelques-uns avec lui. Si certains côtés de la question semblent avoir été bien mis au point par nos prédécesseurs, l'anatomie pathologique et la symptomatologie de ces affections sont encore bien incomplètes. Il nous a paru intéressant de refaire l'étude de la question en une thèse qui, si elle n'apporte aucune lumière nouvelle sur le sujet, nous a permis cependant d'échafauder, d'après les observations présentées, un tableau des formes cliniques que peut revêtir cette catégorie d'affections.

Nous nous sommes tenu aux observations du service de notre Maître à l'Hôtel-Dieu de Lyon, à l'exception d'une observation, importée de la Clinique gynécologique de la Charité, dont il a assuré le service à plusieurs reprises ; le temps nous a manqué pour effectuer de ce côté d'autres recherches, qui nous eussent permis, sans doute, d'augmenter dans une bonne proportion le nombre de nos observations. Les deux dernières enfin sont dues à la bienveillance de M. le docteur Bonnet, chef de clinique chirurgicale, qui opéra ces malades dans le service, en l'absence de M. le professeur Tixier.

Nous avons réuni ainsi vingt-deux observations, qui ont toutes trait au retentissement des affections gynécologiques sur la portion iliaque gauche et pelvienne du gros intestin. Nous ne nous occupons pas du phénomène inverse, propagation à l'annexe gauche d'une infection à point de départ intestinal.

D'autre part, nous laissons entièrement de côté la forme de péricolite ou péricolite suppurée, suffisamment décrite, croyons-nous, par les auteurs qui se sont déjà occupés de la question.

Enfin, nous avons rejeté de parti pris toutes les observations qui avaient trait au cancer ou à la tuberculose et celles où cette dernière affection pouvait être mise en cause. La généralisation cancéreuse n'était pas de notre domaine, et la tuberculose annexielle, péritonéale ou intestinale constitue un type clinique bien différencié.

Dans le cadre où nous nous sommes ainsi limités, nous répartirons l'étude des différentes parties de la question selon le plan suivant :

Chapitre I. — Anatomie pathologique.

Chapitre II. — Etiologie. Pathogénie.

Chapitre III. — Formes cliniques et diagnostic.

Chapitre IV. — Traitement.

Nous intercalerons ensuite nos observations et enfin, dans un résumé final, nous présenterons nos conclusions.

CHAPITRE I

Anatomie Pathologique

Nous étudierons successivement les lésions génitales, point de départ des phénomènes, et les lésions du péritoine, du méso-côlon et de l'intestin, suivant l'extension du processus inflammatoire.

Il est bon de prévenir que nous avons systématiquement laissé de côté toutes les observations d'interventions au cours d'une poussée d'infection salpingienne suppurée avec pelvi-péritonite : les adhérences sont trop la règle dans ce cas pour que nous puissions attribuer aux adhérences sigmoïdo-génitales une importance particulière.

A. — LÉSIONS GÉNITALES

Toutes les affections gynécologiques sont susceptibles d'avoir un retentissement inflammatoire sur le côlon pelvien ; mais nous rappelons que nous avons systématiquement écarté de ce travail la tuberculose et le cancer.

Nous passerons rapidement en revue les constatations anatomo-pathologiques faites au cours des interventions chez nos malades :

Lésions des annexes, trompes et ovaires ;

Lésions de l'utérus.

I. — LÉSIONS DES ANNEXES.

Si des complications du côté du côlon pelvien peuvent se voir au cours de toutes les affections gynécologiques, il est une catégorie d'affections où ces complications, à des degrés très variables il est vrai, sont si fréquentes qu'on peut dire que leur présence est presque la règle : nous voulons parler des affections inflammatoires des annexes gauches.

Annexites.

Nous entendons désigner par ce terme des affections presque toujours mixtes, des salpingo-ovarites, où les lésions peuvent être sensiblement égales sur les deux organes, mais où elles prédominent le plus souvent à l'un ou à l'autre. Dans la majorité des cas ce sont les lésions salpingiennes qui prédominent.

a) **Lésions salpingiennes.**

Les interventions de M. le professeur Tixier ont porté sur des lésions chroniques ou sur des lésions aiguës refroidies. Tous les degrés de la salpingite ont été observés, salpingites simples ou kystiques.

1° **Salpingites simples.** — Ce sont le plus souvent des salpingites catarrhales, avec les lésions de l'inflammation banale. On trouve une trompe augmentée de volume, atteignant environ la grosseur d'un doigt, et de calibre souvent inégal, d'aspect moniliforme ; la longueur est en général également accrue, la trompe présente des flexuosités. Le péritoine tubaire est souvent dépoli ; chez une de nos opérées (obs. I), il

présentait un léger exsudat pseudo-membraneux blanchâtre. Les franges du pavillon sont turgescents, œdématisés, parfois adhérentes entre elles. Une disposition bien connue, que nous avons rencontrée plusieurs fois, c'est l'enroulement de la trompe autour de l'ovaire.

C'est ce stade de *salpingite catarrhale* que nous avons trouvé chez nos malades des observations I, II, X, XI, XIII, XVI et XVIII. Toutes ces malades étaient des femmes jeunes.

Mais il n'en est pas toujours ainsi et deux fois, les symptômes intestinaux ayant obligé à intervenir chez une femme ayant dépassé la ménopause, on se trouva en présence d'une vieille *salpingite fibreuse* (obs. XVII et XIX), où tous les phénomènes inflammatoires paraissaient éteints.

2° Salpingites kystiques. — D'autres fois les lésions salpingiennes étaient plus avancées : l'oblitération des orifices tubaires avait transformé l'organe en une poche plus ou moins volumineuse, à contenu purulent, hémattique ou séreux.

C'était un pyosalpinx chez nos malades des observations V, VIII, XV, XXI et XXII ; un hématosalpinx chez la malade de l'observation XIV ; enfin, chez une femme de 55 ans, atteinte de fibrome, une vieille collection purulente s'était transformée en hydro-salpinx.

b) Lésions ovariennes.

On trouve également du côté de l'ovaire des lésions variables, soit superficielles, exsudat péritonéal et lésions corticales de l'organe (obs. I), soit profondes. Celles-ci peuvent devenir prédominantes et l'emporter de beaucoup sur les lésions de la trompe. Elles

peuvent être suppurées : c'est ainsi que Michaux en 1906 et M. Patel en 1913 ont présenté deux observations où le point de départ des phénomènes péri-intestinaux étaient un *abcès de l'ovaire* gauche. Une de nos malades (obs. XI) présentait, en même temps qu'une salpingite catarrhale, une *ovarite suppurée* à plusieurs poches purulentes. Chez une autre (obs. VI), on trouva un petit kyste séreux de l'ovaire, concomitant avec l'hydrosalpinx que nous avons signalé plus haut et attribuable certainement à la même origine.

Enfin, deux fois M. Tixier se trouva en présence d'*ovarite scléro-kystique* (obs. III et IV). Cette affection, que certains auteurs considèrent comme étant d'origine dystrophique, était d'origine infectieuse très probable chez la première de nos malades et certaine chez l'autre, car il persistait, lors de l'intervention, des indices d'inflammation aiguë localisée du péritoine.

Sur les 22 observations que nous publions, 18 étaient des observations d'annexite ; parmi celles-ci, 13 étaient bilatérales, avec souvent des lésions inégales des deux côtés ; chez les 5 autres malades, seules les annexes gauches étaient atteintes.

Kystes de l'Ovaire.

Mais les complications côlo-sigmoïdiennes ne sont pas la conséquence des seules maladies infectieuses des annexes ; des adhérences à l'S iliaque se rencontrent de même avec des affections non inflammatoires, en particulier avec les *kystes de l'ovaire*, *simples* ou *tordus*. Etant donné la rareté relative des kystes dermoïdes, nous n'avons pas eu l'occasion d'en rencontrer dans ce genre d'affections. Deux fois nous en avons rencontré dans des épithéliomes kystiques mucoïdes :

une fois (obs. VII) il s'agissait d'un gros kyste de l'ovaire droit, que son volume avait mis en relation avec l'S iliaque, dont il provoquait la coudure par adhérences ; l'ovaire gauche présentait lui-même de petits points kystiques, mais était libre. Une autre fois (obs. XX), le kyste était moins volumineux, développé aux dépens de l'ovaire gauche, mais avait présenté des accidents de torsion sur son pédicule.

II. — LÉSIONS DE L'UTÉRUS.

Nous ne nommons que pour mémoire toutes les formes de métrite, qui ont en général précédé ou accompagné l'annexite. Nous ne retiendrons parmi les affections utérines, puisque nous avons écarté de parti pris le cancer, que le *fibrome*, comme pouvant donner des adhérences côlo-sigmoïdiennes.

Deux fois nous avons vu un *fibrome simple* (obs. IX et XII) donner des complications dues à un prolongement du fibrome dans le méso-côlon iliaque ou descendant, et chez la deuxième malade, le corps utérin lui-même était très adhérent à l'S iliaque.

Tous les autres cas de fibrome accompagné d'adhérences avec troubles de la circulation intestinale étaient *concomitants à une annexite*, en période inflammatoire (obs. X et XIV) ou en voie de régression (obs. VI, XVII et XIX).

B. — LÉSIONS DU PÉRITOINE

Ayant écarté de notre travail tous les cas accompagnés de réaction péritonéale intense ou étendue, nous ne retiendrons que les petites lésions, telles que la péritonite exsudative que nous avons rencontrée parfois

au niveau des trompes et des ovaires enflammés, ou encore les lésions aiguës localisées aux ligaments larges ou aux culs-de-sac péritonéaux-péri-génitaux.

Les *ligaments larges* étaient, dans l'observation I, siège d'un phlegmon bilatéral. C'était encore le feuillet postérieur de ce même ligament, à gauche, qui, chez une femme atteinte de fibrome avec vieille annexite fibreuse, était le point de départ d'une bride, cause des accidents (obs. XIX).

Le *cul-de-sac de Douglas* était aussi d'autres fois le siège d'inflammation :

Douglassite plastique plus ou moins marquée, dans tous les cas d'annexite prolabée dans le Douglas ;

Douglassite suppurée, très localisée, chez notre malade de l'observation XIII.

C. — LÉSIONS DU COLON DESCENDANT OU PELVIEN ET DE SON MÉSO

I. — LÉSIONS DU MÉSO.

Passons d'abord en revue les lésions du méso. Sans parler des prolongements de fibromes utérins dans le méso-côlon descendant (obs. IX) ou iliaque (obs. XII), d'autres complications, d'ordre inflammatoire celles-ci, peuvent se voir du côté du méso.

M. Tixier a constaté chez une de ses opérées la présence d'une *méso-sigmoïdite kystique*, avec grosse poche à contenu citrin (obs. XV), épisode d'une réaction pelvi-péritonitique, et qui a très probablement contribué à faciliter les adhérences des organes génitaux à l'intestin.

Une autre affection du méso-côlon pelvien, que nous n'avons pas eu l'occasion d'observer, la *méso-sigmoïdite*

rétractile, attribuée par les auteurs aux causes les plus diverses, est considérée par M. Patel comme étant d'origine inflammatoire certaine. Ce chirurgien en a observé deux cas à point de départ annexiel gauche : dans la première observation, relatée dans son rapport de 1913 sur la *Chirurgie du Côlon pelvien*, au cours de l'ablation d'un pyosalpinx gauche, il trouva le méso-iliaque rétracté en éventail (méso-sigmoïdite rétractile, 1^{er} type de Riedel) ; dans le second cas, communiqué la même année au Congrès de Gynécologie, intervention pour annexite double chronique, la rétraction était plus complète et les deux extrémités de l'S iliaque étaient accolées en canon de fusil (2^e type de Riedel), ce qui rendait le cours des matières très difficile.

II. — LÉSIONS DE L'INTESTIN.

Les lésions de l'intestin sont très variables, depuis l'adhérence simple jusqu'à la véritable tumeur inflammatoire et l'oblitération presque complète de la lumière intestinale.

Si elles n'ont été décrites que pour l'S iliaque, c'est bien là en effet qu'elles sont le plus fréquentes, mais nous verrons que le côlon descendant, souvent ptosé, n'en est pas toujours indemne.

1. — Adhérences simples

Au cours de presque toutes les ablations d'annexites gauches et de bien d'autres interventions gynécologiques, il arrive d'avoir à décoller l'S iliaque, atteint par des adhérences plus ou moins prononcées.

Dans les lésions aiguës et récentes, annexite aiguë, accidents de torsion d'un petit kyste de l'ovaire, les adhérences sont en général peu épaissies, friables ; le

décollement est facile. Nous avons cependant rencontré des cas aigus (obs. XI, XVI et XVIII), où l'adhérence était intime entre l'organe et l'intestin.

Dans les formes chroniques et anciennes, fibromes utérins, vieilles annexites fibreuses, l'adhérence fibreuse vraie est constituée, beaucoup plus difficile à séparer, à tel point que parfois cette séparation ne se fait pas sans crevé de la séreuse intestinale et sans hémorragie.

Ces adhérences sont en général larges, trapues et courtes, étalées en pinceau sur l'intestin ; au voisinage de leur insertion intestinale, on constate souvent la présence d'une coulée inflammatoire chronique.

Elles siègent le plus souvent sur l'S iliaque, portion la plus mobile du côlon et celle qui vient le plus facilement au contact des organes génitaux ; mais parfois aussi elles atteignent le *côlon descendant* (obs. IX, XVIII, XX et XXII).

Elles unissent l'intestin aux annexes gauches, à un kyste ovarien gauche ou droit volumineux, à un utérus fibromateux ; parfois même elles sont mixtes et réunissent l'intestin, l'utérus et l'annexe. Enfin, nous avons trouvé parfois le côlon uni, non plus simplement aux organes génitaux, mais à la vessie (obs. VIII, XIII, XV), une fois même au péritoine prévésical : c'étaient des adhérences jeunes, peu solides, traduisant une poussée aiguë récente.

La situation de l'S iliaque est impossible à décrire : elle varie avec tous les individus, suivant la brièveté ou la longueur relative de l'anse et suivant l'état de réplétion du gros intestin. Mais dans ces cas d'adhérences, l'anse se trouve souvent attirée dans une situation tout à fait particulière, constituant une sorte de couvercle au-dessus de la cavité pelvienne.

2. — Brides coudant l'intestin ou diminuant sa lumière

Mais, si la situation de l'S iliaque est ainsi modifiée par le jeu d'adhérences simples, il arrive, lorsque celles-ci, déjà anciennes, se rétractent, que la coudure s'accroît au point de former un angle assez aigu. D'autres fois, une bride adhérentielle, au lieu de s'étaler simplement sur une portion limitée de la surface de l'intestin, forme une boucle complète autour de celui-ci en réduisant son calibre. La paroi intestinale elle-même, au niveau d'une angulation aiguë ou d'une semblable boucle fibreuse, est épaissie, sclérosée et contribue pour sa part, en rétrécissant encore la lumière de l'organe, à y gêner la circulation.

D'autres fois, comme nous l'avons vu plus haut, c'est par l'intermédiaire du méso-iliaque, atteint de rétraction inflammatoire, qu'est produite la coudure.

3. — Péricôlite ou péricolite plastique diffuse

Nous avons dit tout à l'heure qu'on constatait souvent la présence d'une coulée inflammatoire chronique autour de l'insertion intestinale des adhérences. Si les phénomènes inflammatoires ne se calment pas spontanément ou si une intervention ne vient pas à ce moment y mettre fin, cette coulée peut s'étendre peu à peu sur l'intestin, constituant une *péricôlite ou péricolite plastique* diffuse, pouvant englober toute la circonférence de l'organe sur une portion plus ou moins étendue de la longueur (obs. XVIII et XXII). Cette infiltration péri-côlique pourra être décelée à l'examen clinique par la perception d'une tumeur allongée, dont la forme et la direction sont celles de l'intestin.

Enfin, à un stade ultérieur encore ou avec un degré plus virulent d'infection, nous aurons affaire à une

collection purulente péri-côlique ou péri-sigmoïdienne. Mais cette forme, bien décrite par Saillant et par Castera, ne rentre pas dans le cadre que nous nous sommes imposé.

4. — Péricôlite exubérante

Enfin, des exsudats inflammatoires et des adhérences fibreuses englobant l'intestin avec l'utérus ou les annexes ou ces différents organes à la fois, avec infiltration scléreuse du tissu cellulaire sous-péritonéal, pourront constituer une masse volumineuse, dont les différents éléments seront difficiles à dissocier, et que nous pourrions appeler *péricôlite exubérante*. A travers un semblable bloc fibreux, l'évacuation des matières sera considérablement gênée, sinon complètement impossible.

Deux de nos observations (VI et XVII) relatent 2 cas de ce genre, où les accidents d'occlusion et la constatation d'une tumeur qui siégeait, dans un cas sur l'S iliaque, dans l'autre sur le haut rectum, avaient fait porter avant l'intervention le diagnostic de cancer du gros intestin.

CHAPITRE II

Etiologie - Pathogénie.

I. — ÉTIOLOGIE

Causes prédisposantes. — La *constipation habituelle*, en amenant une ptose du côlon descendant ou pelvien surchargé de matières, augmentera les chances de contact entre l'intestin et les organes génitaux et rendra l'intestin plus vulnérable. A ce titre, elle peut être considérée comme une cause prédisposante aux adhérences sigmoïdo-génitales. Mais, les adhérences une fois constituées, cette constipation est entretenue par l'inflammation péritonitique et par la gêne mécanique au libre cours des matières, et l'on tournera dans un véritable cercle vicieux.

Causes déterminantes. — Peut-être, dans certains cas, les contacts et les frottements répétés entre un organe surchargé et ptosé, comme peut l'être le côlon descendant ou sigmoïde, et une tumeur volumineuse constituée par un fibrome ou un kyste de l'ovaire, suffiront-ils à produire une *irritation* qui pourra être le point de départ des phénomènes.

Mais la cause à peu près constante est l'*infection*, tantôt aiguë, tantôt d'une virulence très atténuée, mais réelle. Le streptocoque sera presque toujours en cause quand le point de départ des accidents aura été une

infection post-partum ou post-abortum. Le gonocoque pourra être à juste titre incriminé dans la plupart des autres cas. Le streptocoque encore et le staphylocoque se partageront la responsabilité des quelques annexites de cause mal déterminée ou secondaires à un fibrome. Enfin, les auteurs ont incriminé également le bacille de Koch; mais, ne voulant pas aborder le chapitre de la tuberculose, nous avons écarté de parti pris toutes les observations où il pouvait être mis en cause.

II. — PATHOGÉNIE

Certains auteurs ont admis que la propagation de l'infection des organes génitaux à l'intestin se faisait par des voies anatomiques unissant normalement les deux appareils. Voyons jusqu'à quel point ces relations existent : nous ne chercherons pas à être original, nous reprendrons simplement, brièvement, l'étude anatomique présentés dans sa thèse par Castera.

Trois sortes de relations anatomiques ont été incriminées dans la propagation de l'infection :

- la voie séreuse,
- la voie lymphatique,
- la voie sous-péritonéale.

A) Voie séreuse

On a décrit à gauche deux ligaments pouvant mettre en relation les annexes avec l'intestin :

1° *Ligament infundibulo-pelvien ou lombo-ovarien* de Testut et Jacob. — Ce n'est pas à proprement parler un ligament, c'est un soulèvement du péritoine dû au passage des vaisseaux sanguins et lymphatiques utéro-ovariens. « Parti de la portion externe de l'ovaire et de la trompe, il se dirige en arrière et en dehors, passe à peu

près au niveau de l'extrémité postérieure du diamètre oblique du bassin et se confond peu à peu avec le péri-toine pariétal qui revêt la région lombaire. »

Ce ligament ne présente que des connexions tout à fait accidentelles avec l'anse oméga.

2° *Ligament infundibulo-colique* ou *tubo-colique*. — Tandis que le précédent est pair et symétrique, celui-ci n'existe qu'à gauche, où il serait l'homologue du ligament appendiculo-ovarien. La présence de ce ligament aurait une grande importance, puisqu'il rendrait solidaires les annexes gauches et le côlon pelvien. Mais les auteurs ne sont pas d'accord sur la présence de ce ligament, qui est en réalité assez rare. Castera, dans ses recherches systématiques, l'a trouvé dans 9 pour 100 des cas seulement. Il est possible que les auteurs qui disent l'avoir rencontré avec plus de fréquence aient pris des adhérences pathologiques pour un véritable ligament.

B) Voie lymphatique

Pour Saillant, la voie la plus constante de propagation de l'infection serait la voie des lymphatiques de l'ovaire, qui suivent un trajet tangent au méso-sigmoïdien pour aboutir aux ganglions lombaires. De cette hypothèse pathogénique, Saillant admet par déduction la possibilité de complications péricoliques à point de départ génital chez l'homme, par la voie des lymphatiques du testicule, qui suivent un trajet analogue. Or, ces assertions, un peu trop théoriques, n'ont encore jamais été vérifiées.

Les lymphatiques nés de l'ovaire, de la trompe et de la partie supérieure de l'utérus se collectent en quelques gros troncs, qui se joignent aux vaisseaux utéro-ovariens, pour aboutir aux ganglions lombaires. C'est ce paquet vasculaire qui détermine le soulèvement péri-

tonéal décrit sous le nom de ligament infundibulo-pelvien, qui ne présente que très rarement des connexions avec l'S iliaque.

Les lymphatiques de la partie moyenne de l'utérus se collectent en quelques troncs qui suivent le trajet de l'artère utérine et aboutissent aux ganglions iliaques.

Quant à ceux de la partie inférieure de l'utérus, ils se réunissent en quelques vaisseaux qui vont se jeter dans les *collecteurs hémorroïdaux*, qui drainent d'autre part la lymphe venue du rectum et de la partie inférieure de l'S iliaque.

Seule la *voie lymphatique basse* pourrait faire communiquer les organes génitaux avec le côlon pelvien. Mais la gaine vasculaire du rectum émanant des gaines hémorroïdales se divise en réalité en deux couches, une gaine propre du rectum et une gaine périphérique : celle-ci sépare en avant la gaine propre de la gaine génitale et prend ici le nom de « *fascia intermédiaire* ». Küss fait jouer au fascia intermédiaire le rôle d'une barrière s'opposant à l'extension de l'infection vers le rectum.

C) Voie sous-péritonéale

La plupart des auteurs, parmi lesquels Albrecht, admettent l'existence d'un tissu cellulaire lâche « qui du méso-salpinx à droite, se prolonge dans le méso-appendice et, du méso-salpinx à gauche, dans le méso-sigmoïde ».

D'autre part, la partie inférieure de l'utérus et le rectum sont unis par le tissu cellulaire sous-péritonéal du cul-de-sac de Douglas. Mais là encore, si le fascia intermédiaire joue le rôle que lui attribue Küss, la voie de communication est problématique. Poulain juge également que cette voie de propagation est bien difficile, à cause de la présence du fascia intermédiaire et que,

si cette barrière venait à être forcée, « il pourrait tout au plus se produire de la péricectite, avec intégrité des parois intestinales, mais pas de péricectite ».

Poulain et Küss n'admettent ni l'un ni l'autre la possibilité de communication par voie lymphatique, pas plus que par voie cellulaire ou sous-séreuse. Pour Poulain, la voie péritonéale serait la seule suivie, à l'exclusion de toute autre.

Les constatations opératoires de M. le professeur Tixier nous ont amené à n'admettre ces connexions anatomiques inconstantes ou douteuses que comme des voies exceptionnelles d'infection. Tout au plus la voie cellulaire sous-péritonéale basse pourrait-elle être mise en cause une fois, chez la malade de l'observation XVII.

Au contraire, il est très fréquent de voir les annexes gauches ou l'utérus lui-même entrer en contact direct avec l'S iliaque, le côlon descendant même et leur méso. Aussi concluons-nous avec Poulain et Castera, que, dans la plupart des cas, l'infection se fait par *transmission directe par contact* : un processus plus ou moins intense ou atténué de *péritonite fibro-adhésive* très circonscrite, partant du revêtement péritonéal de l'annexe gauche ou de l'utérus, détermine les adhérences entre les surfaces séreuses des deux organes. Ces adhérences, une fois constituées, servent elles-mêmes à leur tour de voie de propagation à l'infection.

CHAPITRE III

Formes cliniques et Diagnostic.

Suivant que les symptômes de l'affection gynécologique initiale ou que les symptômes intestinaux prédominent, selon la nature et l'intensité de ceux-ci et suivant la variété anatomique des lésions, on peut décrire plusieurs formes.

I. — FORME GYNÉCOLOGIQUE PRÉDOMINANTE

1. — Il s'agit de femmes qui viennent consulter pour une affection gynécologique, fibrome, kyste ovarien ou annexite, et chez qui le retentissement intestinal passe inaperçu. Elles sont un peu constipées, comme beaucoup d'autres femmes, et n'attachent aucune importance à ce symptôme; parfois même elles vont à la selle normalement.

Dans ces cas, où aucun symptôme n'attire l'attention du côté de l'intestin, les adhérences peuvent être soupçonnées, mais non diagnostiquées d'avance. Elles ne constituent qu'une simple trouvaille et une légère complication de l'intervention.

2. — D'autres fois les symptômes annexiels ou utérins dominent toujours la scène, mais aux symptômes

gynécologiques s'ajoutent des symptômes intestinaux, assez importants pour attirer l'attention des malades.

Celles-ci présentent de la constipation tenace, avec parfois un peu de sang, des glaires et des débris muqueux; elles ont parfois de brusques débâcles diarrhéiques. Ce sont ces malades que décrit Yvan Letcheff dans sa thèse sur « la Côlite muco-membraneuse chez les utérines ». C'est là le type le plus fréquent.

Presque toujours à l'intervention, dans ces cas, on trouve des adhérences de l'S iliaque à la trompe, à l'ovaire, à l'utérus ou même à la vessie, suivant la position habituelle de l'anse sigmoïde chez la femme en question et suivant le degré d'intensité et d'extension du processus pelvi-péritonitique du début.

II. — FORME INTESTINALE PRÉDOMINANTE

1. — Formes à type de côlite ulcéro-membraneuse

Il s'agit de femmes atteintes de fibrome utérin ou ayant présenté une affection annexielle gauche aiguë ou subaiguë, actuellement résolue ou en voie de résolution. Les symptômes intestinaux prédominent ou même les symptômes gynécologiques et intestinaux associés ont fait place aux symptômes intestinaux seuls : certaines femmes, cliniquement guéries de leur affection gynécologique, font des séquelles intestinales.

La douleur abdominale persiste, alors que l'examen clinique dénote, par exemple, la résolution d'une poussée de salpingite. Parfois même la douleur, qui a accompagné la poussée d'annexite, s'est amendée plus ou moins complètement pendant un laps de temps variable, puis reparaît progressivement.

Cette douleur se présente sous forme de coliques abdominales à *prédominance dans la fosse iliaque gauche*; les malades accusent aussi quelquefois une sensation de douleur sourde dans la région pelvienne ou au niveau des lombes et du sacrum. La douleur s'exaspère souvent au moment des règles.

La *constipation est opiniâtre* : la malade va à la selle avec peine ou à l'aide de lavements et expulse des matières durcies, boudinées, enrobées de glaires ou de mucosités blanchâtres ou sanguinolentes. Cette constipation est coupée de *débâcles muco-membraneuses* abondantes, qui soulagent la malade.

Tout l'appareil digestif se ressent de l'état infectieux de son bout inférieur : la langue est très saburrale, l'haleine fétide, il existe fréquemment de la pyorrhée alvéolaire. Les digestions sont lentes, pénibles, accompagnées de flatulence et d'éructations; la malade perd l'appétit.

L'état général s'altère à son tour, la température est subfébrile, irrégulière; la malade maigrit.

C'est le tableau clinique de la *côlite ulcéro-membraneuse*.

Voyons comment l'examen clinique permettra de déceler le siège et l'origine de la maladie.

Tout d'abord, la prédominance ou le siège exclusif de la *douleur spontanée dans la fosse iliaque gauche* et la recherche de la douleur provoquée par le palper attireront l'attention du côté du côlon descendant et pelvien. Le palper abdominal dénotera en outre, soit le ballonnement anormal du côlon descendant, soit la présence d'une tuméfaction boudinée correspondant à son trajet.

Le *toucher vaginal* combiné au palper décèlera une douleur provoquée par la pression *au niveau des annexes gauches*. Parfois on devra se contenter de ce

seul signe ; plus souvent on pourra sentir une *tuméfaction diffuse*, difficile à attribuer anatomiquement à l'annexe ou au côlon.

Le diagnostic pourra se faire par les commémoratifs, l'accroissement des douleurs au moment des règles, qui indique une relation de l'affection avec l'appareil génital. Mais ce signe peut manquer ; il peut d'ailleurs s'agir d'une femme qui a passé la ménopause.

Parfois même l'affection gynécologique antérieure sera presque oubliée de la malade, qui, si elle n'est pas pressée par un interrogatoire serré, ne la mentionnera pas. C'est pourquoi, en pareil cas, en présence d'une malade atteinte de cœlite ulcéro-membraneuse dont l'explication ne sera pas trouvée dans la fosse iliaque droite par une tuméfaction cœcale, et si le siège de l'inflammation semble plutôt localisé à la partie iliaque gauche ou pelvienne du gros intestin, le médecin devra toujours songer à une étiologie gynécologique possible et pousser ses investigations dans ce sens.

Le toucher vaginal et rectal sera indispensable et permettra presque toujours de préciser le diagnostic. Parfois peut-être donnera-t-il des renseignements insuffisants ; seule alors une intervention, soit exploratrice, soit pratiquée ultérieurement pour un autre motif, sera capable de nous donner la clé de l'énigme. Nous reparlerons de ces cas dans notre chapitre concernant le traitement de ces sortes d'affections.

Cette forme clinique répond, au point de vue anatomopathologique, à la péricœlite ou péricolite sigmoïdite plastique à point de départ dans des adhérences sigmoïdo-annexielles.

Nos observations nos XVIII et XXII sont les mieux caractérisées de cette catégorie.

II. — Formes occlusives lentes ou pseudo-cancéreuses

Trois de nos observations peuvent être rattachées à cette catégorie. Mais notre division a peut-être le tort d'être trop schématique : il est des formes qui répondent à peu près au tableau clinique de la côlite ulcéro-membraneuse, où la constipation est simplement plus constante et plus rebelle, et qu'on classera un peu artificiellement dans l'une ou l'autre des deux catégories. Tel est le cas de notre observation n° XIX.

Mais, tandis que la forme précédente s'est rencontrée chez des femmes jeunes, il ne nous a été donné d'observer celle-ci, à obstruction intestinale plus marquée, que chez des femmes ayant passé la ménopause.

Les symptômes dominants sont la *constipation opiniâtre, datant de plusieurs mois ou de plusieurs années*, et la *douleur*, douleur abdominale parfois généralisée, mais toujours *plus marquée à gauche*.

Tantôt les malades ne vont à la selle qu'à l'aide de lavements, tantôt elles ont des *épreintes* très douloureuses qui les obligent à s'y présenter à chaque instant, pour ne livrer passage, au prix d'un *ténésme* intense, qu'à quelques glaires et débris membraneux mêlés de filets de sang, parfois même de pus. Après plusieurs faux besoins analogues, elles finissent par évacuer quelques matières. Celles-ci sont durcies, soit boudinées, soit aplaties et rubanées, toujours accompagnées de glaires et de débris membraneux.

Les troubles digestifs sont constants. L'état général est plus ou moins atteint, suivant l'ancienneté de la maladie : il existe presque toujours de l'anémie, souvent même les malades ont un teint jaune paille qui contribue à donner l'illusion d'un néoplasme.

Les hémorragies sont en général peu abondantes : il s'agit simplement de filets de sang rouge ou noirâtre

teintant les glaires et les mucosités. Une de nos malades nous a raconté cependant avoir eu une rectorragie d'un demi-verre de sang rouge, qui ne s'est pas renouvelée. Cette absence générale d'hémorragie contraste évidemment avec les signes de tumeur qui pourront être fournis par l'exploration clinique.

A l'examen, l'abdomen est en général souple, peu ballonné ; mais, quand la paroi abdominale est mince, on peut parfois voir courir sous elle des ondes péristaltiques. Les signes fournis par la palpation sont variables : tantôt elle permettra de percevoir le côlon descendant distendu par les gaz ou rempli de matières, sous forme d'une tuméfaction boudinée ; d'autres fois elle révélera un empâtement diffus de la fosse iliaque gauche ; parfois la palpation simple ne fournira aucun renseignement.

La radioscopie sera pratiquée utilement : après ingestion de pâte bismuthée, on examinera la malade à plusieurs reprises, de 24 en 24 heures. On constatera un grand retard dans l'évacuation du bismuth. Nous n'avons vu employer qu'une fois ce mode d'exploration dans un cas de ce genre : il nous a fait constater le retard de l'évacuation, mais l'absence de sténose vraie du côlon.

Le *toucher rectal* fournira des renseignements variables : *s'il s'agit d'une coudure ou d'une simple bride* (obs. XIX), *il sera négatif*. Deux fois il nous a fourni des renseignements très intéressants, mais qui ne pouvaient que contribuer à égarer le diagnostic dans le sens d'un néoplasme, en nous permettant de sentir une *tumeur haut située* (observations VI et XVII).

La première de ces tumeurs était mollassse, mal délimitée et douloureuse à la pression et se localisait à la partie inférieure de l'S iliaque. La seconde, qui paraissait attribuable au haut rectum, était dure et

bosselée. La muqueuse intestinale glissait parfaitement sur la tumeur et celle-ci ne saignait pas pendant l'examen, ce qui fit émettre l'hypothèse qu'elle pouvait être extra-rectale. Les deux fois, la tumeur paraissait indépendante de l'utérus.

Le *toucher vaginal* fournira les seuls renseignements susceptibles d'aiguiller vers l'hypothèse d'une cause gynécologique probable. Chez la première de nos malades (observ. VI), ce toucher ne fut peut-être pas pratiqué ou son compte rendu ne fut pas mentionné sur l'observation, qui date de 1908. Chez les deux autres, on trouva un utérus fibromateux ; chez celle où l'on diagnostiquait une tumeur du haut rectum (obs. XVII), l'utérus était en rétroversion, avec un petit fibrome perçu au niveau de sa corne droite. A l'intervention, les lésions génitales furent trouvées bien plus considérables que celles que nous avait révélées le toucher et c'était un bloc d'adhérences autour de ces lésions qui en avait imposé pour une tumeur intestinale.

En présence de signes négatifs fournis par le toucher rectal et de signes de fibrome fournis par l'exploration vaginale, nous avons vu (observ. XIX), le professeur Tixier faire le diagnostic avant l'intervention de la probabilité d'une bride à point de départ utéro-annexiel, amenant un rétrécissement du côlon pelvien. Mais, en présence des signes de tumeur intestinale fournis par le toucher rectal, nous fûmes deux fois égarés dans le sens d'un néoplasme intestinal.

Aussi croyons-nous qu'en pareil cas, lorsque le toucher rectal décèle une *tumeur haut située* et que le toucher vaginal fournit des signes, si minimes soient-ils, d'*affection génitale*, il ne faut pas trop se hâter de faire le diagnostic de néoplasme de l'S iliaque ou du haut rectum, mais envisager également l'hypothèse

d'un bloc inflammatoire d'adhérences d'une vieille infection génitale à l'intestin. Comme nous le verrons plus loin, cette hypothèse pourra parfois modifier la conduite du chirurgien à propos du traitement.

III. — Formes avec occlusion intestinale aiguë

Au cours de laparotomies pour affections gynécologiques, M. Tixier a eu l'occasion de constater l'existence d'une péricôlite adhésive avec brides cicatricielles s'étendant jusqu'à l'angle gauche du côlon. A ce niveau, une véritable coalescence s'était établie entre la portion terminale du côlon transverse et la portion initiale du côlon descendant, produisant une angulation très aiguë de l'angle splénique, défavorable au fonctionnement de l'intestin. De cette constatation anatomo-pathologique on peut émettre quelques considérations intéressantes touchant la pathogénie de certaines *occlusions post-opératoires* et de certaines formes d'*occlusion intestinale aiguë* ayant pour siège le gros intestin.

Nous n'avons malheureusement pas d'observations probantes de ces faits ; aussi nous ne les présentons qu'à titre d'hypothèses.

1. *Occlusions post-opératoires*. — Il est bien établi actuellement que presque tous les accidents d'occlusion survenant après une intervention intra-abdominale sont dus à une infection péritonéale plus ou moins atténuée. Il s'agit d'iléus paralytique, aboutissant d'une péritonite ordinairement limitée, pour les opérations gynécologiques, à la région pelvienne.

Or, quand le chirurgien intervient pour des lésions salpingiennes suppurées, même éteintes, la présence de brides péri-côliques remontant jusqu'à l'angle

gauche du côlon peuvent constituer une cause prédisposant à l'occlusion post-opératoire. Le gros intestin, progressivement dilaté sous l'influence de la parésie infectieuse même minime, vient se couder au niveau de l'angle splénique et prend ces dispositions monstrueuses signalées par Adenot.

Si, au cours de l'intervention exécutée contre l'occlusion ou à l'autopsie de l'opérée, on découvre des brides inflammatoires péri-côliques avec coalescence de l'angle gauche, un esprit non prévenu peut les considérer comme secondaires à l'occlusion. En réalité bien souvent elles existaient antérieurement, créaient des coutures anormales de l'intestin, que la péritonite n'a fait qu'exagérer en produisant la distension parétique des anses intestinales.

2. *Occlusions intestinales aiguës.* — Certains cas d'occlusion intestinale aiguë, dont l'obstacle mécanique siège au niveau de l'angle gauche du côlon, ont une pathogénie extrêmement obscure. On a pu voir le cœcum, le côlon transverse, monstrueusement dilatés, pivoter de droite à gauche autour de l'angle sous-splénique, qui est oblitéré comme par une plicature de l'angle ; et, fait encore plus paradoxal, le côlon descendant, qui devrait être aplati, présente parfois un véritable degré de distension.

Chez les femmes ayant un passé génital infectieux, on doit songer à l'existence d'une péricôlite adhésive à point de départ salpingien, remontant à l'angle côlique. M. Tixier en a observé un cas typique au point de vue constatation anatomo-pathologique ; mais, comme il s'agissait d'une malade très probablement tuberculeuse, il n'a pas voulu faire figurer ici cette observation.

CHAPITRE IV

Traitement

Traitement préventif

Nous croyons que des précautions d'ordre médical pourront éviter dans une certaine mesure l'extension d'une infection annexielle à l'intestin.

Ces précautions seront d'abord le *traitement médical précoce de toute annexite*; il s'indique d'ailleurs suffisamment par l'importance de ce genre d'affections. Malheureusement, il n'est pas toujours possible : nombre de femmes souffrent longtemps en silence et ne viennent consulter qu'avec des lésions déjà bien avancées. Le traitement devra toujours être continué jusqu'à parfaite résolution de la plus légère poussée péritonique. Ensuite, le traitement préventif s'appliquera à *combattre la constipation*, qui peut jouer un rôle, comme cause prédisposante.

D'autre part, au cours d'une intervention abdominale quelconque sur l'intestin, l'utérus ou ses annexes, il faudra avoir soin d'éviter tout ce qui peut provoquer la formation d'adhérences, comme l'emploi de fils non résorbables pour la ligature d'un pédicule, ou l'usage d'antiseptiques irritants. Tous ces ingrédients, il est vrai, sont presque entièrement abandonnés de la chirurgie d'aujourd'hui.

Traitement curatif

Il sera variable, suivant la gravité de la maladie, et l'urgence de parer aux accidents.

Le traitement sera d'abord médical dans les formes simulant l'entéro-côlite ulcéro-membraneuse, avec troubles génitaux légers. Il devra remplir plusieurs indications :

1° *Evacuer l'intestin.* — Pour cela, on emploiera les lavements, les laxatifs peu irritants, de préférence l'huile de ricin à petite dose quotidienne. Dans les cas où l'on soupçonnera la constipation d'être due, en partie, à l'atonie, ou au contraire au spasme, le traitement s'adressera à celle de ces causes secondaires qui sera jugée responsable ;

2° *Soigner :* a) *les lésions génitales.* — On mettra en œuvre les moyens médicaux ordinaires : repos au lit, injections chaudes, pansement gynécologique ;

b) *Les lésions intestinales.* — Régime doux, ordonné habituellement dans l'entéro-côlite muco-membraneuse. Désinfection intestinale par le benzonaphtol, le calomel à petites doses, les ferments lactiques. Cure hydro-minérale ;

3° *Calmer la douleur.* — Les applications chaudes sur le ventre, les grandes irrigations rectales chaudes, ou, au contraire, la glace dans les cas les plus aigus, seront en général efficaces. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on recourra aux sédatifs nerveux ou aux stupéfiants, comme la belladone ou la morphine.

II. — Traitement chirurgical.

Mais le traitement médical ne sera pas toujours suffisant. Parfois, des indications nettes, phénomènes

annexiels ou péritonéaux, ou occlusion intestinale, imposeront l'intervention à bref délai.

Mais d'autres fois, dans des cas chroniques ou subaigus, il ne faudra pas prolonger outre mesure un traitement médical demeuré inefficace. Il faudra se résoudre à intervenir quand *les phénomènes intestinaux seront tenaces, alors même que les phénomènes annexiels paraîtront complètement éteints.*

On a beaucoup parlé, ces dernières années, du traitement chirurgical des côlites rebelles; nous ne sommes pas qualifiés pour le discuter. Mais, chez la femme, en présence d'une côlite ulcéro-membraneuse rebelle, ou de phénomènes d'obstruction chronique, lorsque les autres causes auront été éliminées, il faut toujours chercher l'origine gynécologique qui, dans certains cas, conduira à la laparotomie exploratrice, souvent curatrice.

Enfin, dans les cas où l'examen clinique fera diagnostiquer chez une femme un néoplasme du rectum ou de l'S iliaque, quand bien même cette tumeur paraîtrait inopérable, il faudra penser à des phénomènes inflammatoires d'origine gynécologique méconnue, et pratiquer une laparotomie exploratrice toutes les fois que l'état général de la malade le permettra.

Les indications générales étant ainsi posées, le traitement chirurgical se pliera aux indications d'ordre anatomo-pathologique que fera découvrir la laparotomie.

La chirurgie devra être, autant que possible, conservatrice; mais, s'il ne faut pas faire trop, il faut redouter également de faire trop peu. Ce n'est que tout à fait exceptionnellement qu'on pourra se contenter d'une simple *libération des adhérences*. En présence d'un organe malade, l'*ablation* s'imposera toujours; souvent, même, on devra se résoudre à pratiquer une ablation

d'annexe, alors que les phénomènes inflammatoires à son niveau paraîtront complètement éteints.

Il sera prudent de toujours *lier* les adhérences avant de les sectionner (ligature simple ou ligatures multiples en chaînette, suivant leur étendue), parce que leur section simple peut donner lieu parfois à des hémorragies ennuyeuses et être ultérieurement le point de départ de nouvelles adhérences.

Après libération des adhérences, on devra toujours *vérifier l'état du côlon descendant*, même bien au-dessus du pelvis, le dérouler et le placer en bonne position. Lorsque cet examen montrera une coudure anormale qui tendra à persister par suite de la sclérose des parois intestinales, ou une zone infiltrée et notablement rétrécie, il sera parfois nécessaire de pratiquer une *anastomose* supprimant fonctionnellement cette portion d'intestin. Si l'état de la malade ne permet pas de prolonger l'opération à ce point, on se bornera à pratiquer un anus artificiel temporaire en amont du rétrécissement.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Salpingite double d'origine blennorragique. — Adhérences de la trompe gauche à l'S iliaque. — Ablation des annexes. — Réaction péritonéale. — Phlébite droite. — Guérison.

M^{lle}. Annette, 22 ans, entre dans le service le 13 janvier 1902 pour douleurs dans le bas-ventre.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

Personnellement, blennorragie datant de deux ans, non soignée. La miction est encore très douloureuse.

Une seule grossesse; accouchement à sept mois, en septembre 1901 (albuminurie). Suite de couches normales.

Les règles n'ont pas reparu depuis l'accouchement et la malade accuse de violentes douleurs dans la fosse iliaque droite, ce qui la détermine à entrer dans le service. Elle a souffert également d'une douleur passagère dans la fosse iliaque gauche en décembre 1901.

Leucorrhée abondante, jaunâtre.

Etat général un peu atteint : anorexie, langue saburrale, constipation.

Au toucher : col dévié à gauche, utérus mobile. Dans le cul-de-sac latéral droit, collection dure, rénitente, difficilement dépressible, se prolongeant en avant vers l'abdomen. Dans le cul-de-sac gauche, on sent une trompe très grosse et il semble qu'il y ait également une collection qui se prolonge en avant vers la paroi abdominale.

Les deux tumeurs peuvent être senties par la seule palpation abdominale; la pression réveille une douleur très vive.

21 janvier 1902. Intervention. — Laparotomie médiane. On met une barrière de gaze sur l'intestin. L'utérus est attiré en haut avec une pince. On note un léger exsudat au niveau des trompes et ovaires. *La trompe gauche est adhérente au*

côlon pelvien sur une longueur de 4 à 5 centimètres. Les adhérences sont rompues.

On trouve une collection purulente des deux côtés : il s'écoule un pus verdâtre, bien lié, assez abondant. Ablation des trompes et des ovaires.

Pansement à la Mikulicz.

Injection de sérum.

Suites opératoires. — Le lendemain de l'intervention, accélération notable du pouls, sans élévation de la température. Le 25 janvier, élévation de la température à 40°, après ablation de la mèche du Mikulicz. Le 27, ablation complète du Mikulicz et aspiration de l'épanchement séro-purulent avec le Potain. Le 29, on met un drain.

La température baisse les jours suivants : 37°8, le matin, 39° à 39°4 le soir. On aspire toujours le liquide.

10-15 février. — Facies péritonéal, température à grandes oscillations; pouls à 140. Examen pulmonaire négatif. Injections quotidiennes d'un litre de sérum artificiel.

28 février. — La plaie se cicatrise peu à peu. Facies moins grippé, température moins élevée. Nouvelles injections quotidiennes de sérum pendant cinq jours.

3 mars. — La température continue à baisser, l'appétit revient.

6 mars. — Phlébite du membre inférieur droit.

13 mars. — Apyrexie complète. Etat général bon.

26 avril. — La malade sort guérie.

OBSERVATION II

Salpingite double. — Adhérences de la trompe gauche à l'S iliaque. — Ablation des annexes et conservation de l'utérus.

Renée D., 26 ans, entre dans le service le 1^{er} octobre 1902 pour douleurs abdominales, secondaires à un avortement de quatre mois, qu'elle eut à l'âge de 15 ans. Ces douleurs se sont accentuées dans ces derniers mois.

A l'examen, on lui trouve une double salpingite, qu'on traite d'abord médicalement.

25 décembre. — La malade souffre toujours. Au toucher.

on sent un gros ovaire à droite, et les annexes gauches sont prolabées dans le Douglas.

26 décembre 1902. Intervention. — Laparotomie médiane. On trouve les annexes dans la position indiquée ci-dessus, et l'on voit que le pavillon de la trompe est venu s'aboucher à l'ovaire : ils sont unis par des adhérences, la trompe formant un demi-cercle dans lequel l'ovaire semble contenu. On brise en outre une *large bride fibreuse se rendant à l'S iliaque*. Ablation des annexes. Comme le fond de l'utérus, qui a été pincé, saigné légèrement, on pratique une hystéropexie. Fermeture de l'abdomen en laissant une mèche.

Suites opératoires normales. La malade sort le 20 janvier 1903, l'ouverture de la mèche n'étant pas encore cicatrisée. La cicatrisation est complète le 29 janvier.

OBSERVATION III

Diagnostic clinique : salpingite gauche. — Laparotomie.

Diagnostic opératoire : ovaires scléro-kystiques. — Adhérences des annexes gauches au côlon sigmoïde. — Ovariectomie. — Guérison.

C. G..., 31 ans, entre dans le service le 13 octobre 1902, pour douleurs abdominales gauches.

Antécédents : trois grossesses menées à terme. Les premiers accidents remontent aux suites de couches du dernier accouchement : douleurs, métrorragies, pertes blanches jaunâtres. La malade a subi quatre curettages successifs à différents intervalles.

Depuis trois mois, les phénomènes douloureux augmentent d'intensité, ce qui décide la malade à entrer dans le service. Elle dit avoir maigri, mais l'état général est resté bon. *Elle souffre violemment au niveau de la fosse iliaque gauche.*

Le toucher fournit peu de renseignements. On porte le diagnostic de salpingite gauche.

5 novembre 1902. Intervention. — Laparotomie. On trouve les deux ovaires en voie de dégénérescence scléro-kystique; on en fait l'ablation.

A gauche, on trouve quelques adhérences avec le côlon sigmoïde; mais le calibre de l'intestin n'étant pas modifié, on ne les déchire que partiellement.

Suites opératoires assez bonnes. Légère poussée de température à 38°2. Phénomènes d'occlusion partielle pendant deux jours. Le troisième jour, tout va bien.

Le 16 décembre, la malade quitte le service, guérie.

Réflexions. — Cette observation est à rapprocher de l'observation de Poulain publiée en mai 1910 et de celle de Rawson-Pennington citée dans la thèse de Castera. Les phénomènes douloureux si intenses à gauche étaient vraisemblablement plus imputables aux adhérences sigmoïdiennes qu'à l'état de cet ovaire, les lésions étant sensiblement les mêmes à droite et à gauche.

OBSERVATION IV

Dégénérescence scléro-kystique de l'ovaire gauche. — Adhérences des annexes gauches à l'S iliaque. — Castration unilatérale. — Hystéropexie. — Guérison.

Mlle P... Eugénie, 23 ans, entre dans le service le 8 novembre 1905, pour leucorrhée abondante, jaune verdâtre, datant d'un an et demi, et *douleurs très violentes dans le côté gauche du ventre*, avec irradiations dans les lombes.

En janvier 1905, un médecin lui avait mis un pessaire en anneau, qui ne l'a pas du tout soulagée.

Pas de constipation.

(Le résultat de l'examen clinique n'est pas mentionné dans l'observation.)

18 novembre. Intervention. — Incision de la paroi sur la ligne médiane. On trouve l'épiploon adhérent à la paroi, indice d'une inflammation aiguë antérieure du péritoine. *L'ovaire et la trompe gauche sont adhérents à l'S iliaque*, ce qui explique les douleurs. On les libère de ces adhérences; on enlève l'ovaire gauche, qui est scléro-kystique, on enlève

également la trompe gauche, qui est saine, pour prévenir de nouvelles adhérences. Les annexes droites, absolument saines, sont laissées en place. On fait deux points d'hystéropexie, fixant l'utérus à la paroi. Suture à trois plans, pansement.

Suites opératoires simples. La malade quitte le service le 18 décembre.

20 juin 1906. — La malade revient, se plaignant du côté gauche. On constate que l'utérus est bien fixé à la paroi. A gauche, au niveau de la ligature, légère induration douloureuse. La malade est bien réglée; pas de constipation; bon état général.

OBSERVATION V

Métrite et annexite double. — Adhérence des annexes gauches à l'S iliaque. — Hystérectomie. — Guérison.

M... Françoise, 21 ans, entre dans le service le 19 septembre 1906 pour violentes douleurs abdominales et abondantes pertes blanches et rouges.

L'affection actuelle remonte à trois ans. A cette époque, accouchement normal à terme, mais suites fébriles, lochies fétides. Un médecin appelé fit un lavage intra-utérin.

Depuis cette époque, la malade a toujours souffert du ventre. Abondantes pertes blanches; règles irrégulières et prolongées pendant douze à quinze jours. Violentes coliques, siégeant surtout à gauche.

A l'examen : col utérin énorme, congestionné. Masse volumineuse et douloureuse à gauche ; on ne sent rien à droite.

22 septembre. Intervention. — Incision de Pfannenstill. On tombe sur un volumineux pyo-salpinx à gauche. A droite, trompe congestionnée, renfermant un peu de sang, ovaire kystique. Gros utérus. Comme *les annexes gauches sont très adhérentes à l'S iliaque*, on les décolle prudemment. On commence par la gauche et l'on enlève facilement les annexes droites, cela par le procédé américain. Hystérectomie sub-totale. Pas de drainage.

Suites parfaites.

Malade revue le 17 mai 1909, en excellent état : elle a engraisé beaucoup et n'a jamais souffert.

OBSERVATION VI

Diagnostic clinique : néoplasme de l'extrémité inférieure du côlon sigmoïde. — Laparotomie.

Diagnostic modifié : utérus fibromateux ; hydrosalpinx double avec réaction de péritonite plastique donnant une adhérence très intime de l'S iliaque avec le bord supérieur du ligament large gauche. — Hystérectomie totale. — Guérison.

Mme W... Barbe, 55 ans, entre dans le service le 1^{er} juin 1908.

Elle souffre depuis huit mois de *violentes douleurs* lombaires et abdominales progressives, avec *ténésme* rectal très pénible. Au début de ces phénomènes douloureux, il y a huit mois, elle a eu, par le rectum, une hémorragie d'environ un demi-verre de sang rouge rutilant. Ce phénomène ne s'est pas répété depuis.

Altération progressive de l'état général : anorexie élective, dyspepsie, *constipation*. Amaigrissement de 7 kilos, mais embonpoint encore assez notable. Signes d'anémie.

En même temps, modification du caractère des fèces, qui ont pris un aspect rubané et sont recouverts de débris membraneux.

A l'examen : abdomen remarquablement souple; on sent *dans la fosse iliaque gauche un empâtement profond*, dont la palpation provoque de la douleur.

Le toucher rectal, après évacuation de l'intestin, permet d'atteindre, au-dessus de l'ampoule rectale, une masse molle, douloureuse, indépendante de l'utérus.

9 juin 1908. Intervention. — Grande incision de laparotomie médiane. L'utérus, gros comme une petite orange, est bourré de fibromes. A droite, petit hydrosalpinx, mais Douglas libre, pas d'adhérences péricarpiennes.

A gauche, hydrosalpinx et petit kyste de l'ovaire, le tout, très petit, mais englobé avec l'S iliaque dans de la pelvi-péritonite plastique, dure, résistante, au point que, en tirant sur l'S iliaque, on produit un crevé de la séreuse péritonéale (suture à la soie, enfouissement). Une fois l'S iliaque libre, on pratique une péritonisation très soignée, après hystérectomie totale. Simple drainage vaginal.

Examen de la pièce : utérus bourré de fibromes intersti-
tiels; au niveau de la corne gauche, fibrome du volume d'une
noix, qui obturait mécaniquement la trompe.

C'est un cas où les lésions salpingiennes, chez une femme
de 55 ans, semblent manifestement dues aux fibromes utérins.

Suites opératoires des plus normales.

5 juillet. — Après une période de légers troubles intesti-
naux, la malade peut être renvoyée chez elle en parfaite
santé.

OBSERVATION VII

Diagnostic clinique : fibrome utérin.

*A l'intervention : épithélioma kystique de l'ovaire droit. —
Adhérences de la tumeur ovarienne à l'anse sigmoïde, avec
coudure de celle-ci. — Fibromes multiples de l'utérus. —
Hystérectomie totale. — Guérison opératoire.*

A... Alexandrine, femme G..., 56 ans, entre dans le service
le 30 novembre 1908, pour tumeur abdominale.

Cette tumeur aurait été reconnue, il y a deux ans, par un
médecin, au cours d'un examen général, mais la malade
n'en souffrait pas à cette époque.

Depuis, les douleurs sont apparues, le ventre augmente
progressivement de volume; la malade se décide à se faire
opérer.

Elle se plaint :

1° De sa *douleur*, apparue depuis peu, siégeant dans la *fosse
iliaque gauche*;

2° De perdre ses urines (miction par regorgement) ;

3° De voir son ventre augmenter rapidement de volume ;

4° D'être *très constipée* depuis plusieurs mois : elle est
obligée de prendre presque quotidiennement de l'eau de Vil-
lacabras.

A l'examen, ventre volumineux, avec prédominance dans
l'hypocondre droit, de consistance très dure, sans noyaux. La
tumeur remplit les deux fosses iliaques, l'hypogastre et l'hy-
pocondre droit. Matité au niveau de la tumeur, sonorité dans
les flancs.

Au toucher : on sent la grosse masse, avec laquelle l'uté-

rus se mobilise. En avant, contre la vessie, on sent de petits noyaux qui font penser à un néoplasme.

2 décembre. Intervention. — Incision longitudinale médiane, la tumeur dépassant l'ombilic.

On tombe sur une grosse tumeur, présentant des points ramollis et des points durs : ces points ramollis sont des kystes à contenu séreux, assez nombreux. Abondante ascite.

On luxé la tumeur au dehors. Adhérences entre elle et une anse grêle à droite; à gauche, *nombreuses adhérences avec l'anse sigmoïde, coudant celle-ci.*

On enlève la tumeur, développée aux dépens de l'ovaire droit, et l'on constate que l'ovaire gauche n'est pas normal. L'utérus est dur et présente des noyaux fibromateux à sa face antérieure.

Pour ces raisons, on pratique l'hystérectomie totale.

Suites opératoires assez bonnes; température irrégulière, pouls fébrile, du 25 au 30 décembre, avec chute brusque. La malade quitte le service le 5 janvier, la température et le pouls étant normaux depuis cinq jours.

OBSERVATION VIII

Fibrome utérin, doubles lésions annexielles. — Pelvipéritonite à kystes séreux. — Adhérences de l'S iliaque à la vessie. — Castration totale. — Guérison.

B... Marie, 44 ans, entre dans le service le 7 juillet 1909. Fibrome diagnostiqué par son médecin. Elle entre pour se faire opérer.

Elle souffre depuis deux mois de douleurs abdominales, sans signes d'occlusion intestinale ou de compression des urètres.

Elle n'a pas encore eu sa ménopause. Règles régulières, mais deux métrorragies récentes; un peu de leucorrhée.

8 juillet. Intervention. — Pfannenstill. A l'ouverture du ventre, on aperçoit une quantité de poches de pelvi-péritonite contenant un liquide hyalin. *L'S iliaque passe en sautoir au-*

dessus du pelvis et est adhérente à la vessie, par-dessus l'utérus. On la libère.

Grosse poche, pyosalpinx gauche, qui crève. On l'enlève et on arrive ainsi sur l'utérus et sur une annexite droite. Ablation des annexes droites. L'utérus, libéré de la vessie, monte peu; on pratique alors l'hémisection utérine de J.-L. Faure. Ligature de l'utérine des deux côtés. Péritonisation. Hémostase difficile. On laisse une mèche vaginale, largement étalée dans le bassin. On aperçoit l'appendice libre, dont la pointe est suturée au plafond pelvien. Fermeture à trois plans.

Suites normales. La malade sort guérie le 30 août 1909.

Nota. — Nous avons conservé cette observation comme type d'adhérences surprises au moment de leur formation autour d'une pelvi-péritonite évolutive. Mais elle n'entre pas à proprement parler dans le cadre de notre thèse, qui a voulu décrire les adhérences et brides à point de départ gynécologique, en dehors de toute poussée intense de pelvi-péritonite.

OBSERVATION IX

Fibrome utérin prolongé dans le méso-côlon descendant et adhérent au côlon. — Hystérectomie. — Guérison.

B... Marie, femme P..., 48 ans, entre dans le service le 24 septembre 1910.

Il y a deux ans, la malade ressentait déjà de la pesanteur abdominale; un médecin consulté diagnostiqua un fibrome. Pas de troubles de la menstruation à cette époque.

Depuis six mois, règles plus abondantes et plus prolongées. Mictions difficiles.

A l'examen : gros utérus, assez régulièrement arrondi, dépassant l'ombilic, mobile.

26 septembre 1910. Intervention. — Laparotomie médiane. Tumeur enclavée, difficile à extérioriser. Il existe, à gauche, une *adhérence intime avec le côlon descendant* : c'est

un *prolongement du fibrome dans le méso-côlon descendant*. On trouve un plan de clivage et on libère l'intestin. Hystérectomie totale ordinaire. Ablation de l'appendice, dont l'extrémité est renflée.

Suites normales. La malade quitte l'hôpital en bon état, le 15 octobre.

OBSERVATION X

Salpingite bilatérale. — Utérus fibromateux. — Adhérences de l'utérus à l'S iliaque. — Castration totale. — Guérison.

D... Louise, épouse C..., 30 ans, entre dans le service le 9 mai 1911, pour pertes blanches abondantes et douleurs abdominales.

Mariée à 23 ans; deux enfants, nés à terme, âgés de 6 et 3 ans; accouchements sans incidents.

Dès les premiers temps du mariage, et surtout dès le premier accouchement, la malade eut des pertes blanches abondantes, verdâtres, tachant le linge. Les règles deviennent de plus en plus longues et plus douloureuses. La malade dut rester alitée pendant deux mois, il y a deux ans, pour une poussée salpingienne aiguë.

A l'heure actuelle, elle souffre continuellement; les règles, en particulier, « sont un véritable supplice ».

Toucher : col utérin allongé, hypertrophié, dur. Le corps paraît gros, semble remonter à huit centimètres au-dessus du pubis. L'utérus est bloqué, entièrement impossible à mobiliser.

A droite..... (un blanc dans l'observation).

A gauche..... (un blanc dans l'observation).

Diagnostic : utérus fibromateux et annexite double.

15 mai. Intervention. — Pfannenstill. Castration totale. Annexite bilatérale, ayant déterminé à gauche des *adhérences intimes de l'S iliaque avec la paroi latérale de l'utérus*. Péritonisation très basse, grâce au dédoublement du ligament large.

Suites simples. La malade sort guérie le 2 juin 1911.

OBSERVATION XI

Métrite hémorragique. — Annexite gauche, adhérente à l'S iliaque. — Castration totale. — Guérison.

H... Andrée, femme D..., 39 ans, entre dans le service le 28 décembre 1911, pour pertes rouges abondantes.

Mariée depuis dix ans. Habituellement bien réglée. Une perte de trois semaines, il y a deux ans.

Aucune douleur abdominale; un peu de leucorrhée. Depuis le 1^{er} décembre dernier, quinze jours après ses dernières règles, la malade perd en rouge par intermittences, du sang liquide et des caillots brunâtres.

A l'examen : col petit, légèrement entr'ouvert; fond utérin mal délimité. A gauche, annexite du volume d'une petite mandarine, douloureuse à la pression. Rien à droite. On attribue les métrorragies à une annexite en évolution.

La malade est mise au repos.

19 janvier. — Malgré le repos, la malade souffre depuis quelques jours de plus en plus violemment.

Depuis trois jours, métrorragie intermittente, s'accompagnant de phénomènes douloureux très marqués. Le toucher ne révèle rien de nouveau.

20 janvier 1912. Intervention.— Pfannenstill. Les annexes à gauche sont enroulées sur elles-mêmes et constituent une masse du volume d'un poing d'enfant; *elles sont très adhérentes à l'S iliaque* et au Douglas, qui est comblé.

Au contraire, à droite, les annexes sont absolument saines, mobiles. L'utérus, un peu gros, est refoulé à droite.

Castration totale de droite à gauche, par le procédé américain. Péritonisation haute par le feuillet vésical suturé à l'S iliaque. Fermeture totale du ventre.

Examen de la pièce : Trompe et ovaires droits absolument sains. Utérus gros, congestionné; à l'ouverture, on constate de l'endométrite avec vascularisation intense de la muqueuse, expliquant les hémorragies à répétition.

Annexes gauches : ovarite suppurée, ayant transformé l'organe en une série de poches purulentes. La trompe est moniliforme, à parois très épaissies; en plusieurs points, il existe une salpingite catarrhale, avec muqueuse veloutée contenant

des points blancs ressemblant à des granulations tuberculeuses.

(L'examen histologique, fait par M. Regaud, montra de l'inflammation chronique *non tuberculeuse*.)

Suites simples. La malade part le 10 février, complètement rétablie.

OBSERVATION XII

Fibromes multiples de l'utérus. — Prolongement d'un fibrome pédiculé dans le méso-côlon iliaque. Adhéhances intimes à l'S iliaque. — Hystérectomie totale. — Décès le troisième jour. — Pas d'autopsie.

V... Madeleine, 36 ans, entre dans le service le 15 février 1912, pour se faire opérer d'une tumeur abdominale.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

Le début de l'affection actuelle est difficile à préciser. Il y a trois ans, la malade eut une perte rouge d'un mois, qui ne s'est pas reproduite. Leucorrhée légère.

Depuis un an, pesanteur abdominale croissante; le port du corset est devenu intolérable. Pollakiurie, sans signes de cystite.

A l'examen : ventre très gros, tendu, sans circulation complémentaire, ni œdème des membres inférieurs. A droite, la main peut isoler facilement une masse du volume d'une tête fœtale, qui occupe presque toute la fosse iliaque et se continue à gauche de la ligne médiane, avec une tumeur plus petite, arrondie et bosselée, dont elle est séparée par un sillon net.

Au toucher : utérus un peu haut, dont on ne distingue pas le corps. Les culs-de-sac ne sont pas empâtés ni douloureux. A bout de doigt, on sent la tumeur abdominale, dont les mouvements se transmettent nettement au col.

Par le palper abdominal combiné au toucher, on apprécie facilement les caractères de la tumeur : dureté ligneuse, bosselures multiples, surtout à gauche; mobilité parfaite sur les parois du petit bassin, indolence. Un sillon sépare l'utérus de la tumeur.

Bon état général. Pas d'albumine.

17 février 1912. Intervention. — Laparotomie médiane, dépassant l'ombilic. A l'ouverture du ventre, on aperçoit l'utérus, bourré de fibromes, les uns pédiculés, d'autres sessiles, d'autres interstitiels. Sous la face postérieure de l'utérus, fibrome de la grosseur d'une tête fœtale, implanté par un pédicule du diamètre d'une pièce de deux francs, et occupant tout le pelvis. Il est croisé en arrière *par l'S iliaque, qui lui est fortement adhérent*, et qu'on décortique progressivement. Le fibrome monte, en refoulant en haut tout le côlon pelvien, qui apparaît dépéritonisé sur sa face antérieure et saignant.

Hystérectomie abdominale totale, par le procédé ordinaire. Hémostase longue, difficile et minutieuse. Au moment de pratiquer la péritonisation habituelle, on s'aperçoit que sous le côlon existe une loge énorme, qu'occupait tout le fibrome pédiculé postérieur. Cette *loge* est sous-péritonéale, *développée dans le méso-côlon iliaque* et se prolongeant en bas dans le *méso-rectum*, de telle sorte que le point le plus déclive de cette loge est situé bien au-dessous du point le plus déclive du Douglas. Cette cavité saigne en nappe. Malgré quelques ligatures, jetées sur quelques artérioles saignotantes, il est impossible de ne pas drainer cette loge. On fend alors la paroi postérieure du vagin le plus bas possible, on bourre d'une grande compresse la loge ci-dessus décrite et l'on reconstitue par dessus elle le méso-côlon, en laissant en bas un espace suffisant pour faire sortir l'extrémité de la mèche dans le vagin.

Enfin, au-dessus, on pratique la péritonisation haute par l'intermédiaire du côlon et du péritoine antérieur. Fermeture totale du ventre.

Examen de la pièce : Elle est constituée par une multitude de fibromes de types différents, dont aucun ne présente un aspect malin.

Suites opératoires. — Le lendemain, température autour de 39°. Pouls très rapide. Pas de selles ni de gaz ; météorisme.

Le deuxième et le troisième jour, la température et le pouls continuent à monter : 40° et 160 le troisième jour au matin. La partie est perdue. On enlève la mèche, qui vient assez facilement, sous chlorure d'éthyle. La malade meurt le soir avec 41°.

Pas d'autopsie.

OBSERVATION XIII

*Annexite bilatérale. — Adhérences de l'S iliaque à la vessie.
Castration totale. — Guérison.*

B... Marie, 28 ans, entre dans le service le 30 mars 1912 pour douleurs abdominales.

Antécédents : onze grossesses, parmi lesquelles trois fausses-couches, un accouchement prématuré à huit mois et sept accouchements à terme d'enfants vivants, dont quatre sont morts en bas âge.

Depuis la dernière fausse-couche, douleur abdominale constante, plus marquée au moment des règles, qui durent de dix à quatorze jours. Pendant longtemps la douleur ne siégeait qu'à gauche ; depuis quelques mois, elle est bilatérale.

Poussée salpingienne très douloureuse le 2 mars, avec phénomènes de péritonisme.

Depuis, les phénomènes aigus se sont amendés, mais la malade continue à souffrir.

Au toucher : utérus refoulé à droite par une volumineuse masse inflammatoire, qui semble développée dans le ligament large. Cul-de-sac gauche infiltré. A droite, annexes grosses. Le toucher est extrêmement douloureux ; douglassite.

La malade est mise au repos.

17 mai. Intervention. — Pfannenstill. *Adhérences légères récentes de l'S iliaque à la vessie*, indiquant une poussée récente. Castration totale ordinaire. Absès dans le Douglas, nécessitant une péritonisation haute, entre l'S iliaque et le péritoine antérieur.

Examen de la pièce : salpingo-ovarite double, paraissant inflammatoire.

Suites simples. Le 8 juin, la malade sort complètement rétablie.

OBSERVATION XIV

Fibrome utérin. — Double hémato-salpinx. — Pelvi-péritonite plastique. — Adhérences des annexes à l'S iliaque. — Hystérectomie totale. — Guérison.

M... Eugénie, femme D..., 38 ans, entre dans le service le 6 juillet 1912 pour métrorragies.

La malade a déjà eu des pertes pendant trois ans, puis ces pertes cessèrent pendant une année au moins et reparurent il y a quatre mois.

Actuellement elle perd en rouge presque constamment : ces pertes sont constituées par du sang rouge liquide et des caillots.

Malade pâle, amaigrie. La palpitation abdominale fait sentir, au-dessus du pubis, une petite tumeur dure, douloureuse au toucher.

Toucher vaginal : col allongé, dur. On sent nettement une masse faisant saillie sur la paroi antérieure de l'utérus ; on peut la saisir nettement par le palper combiné au toucher : elle est à peu près du volume d'une mandarine. L'utérus semble gros dans son ensemble.

8 juillet. Intervention. — Laparotomie. Pelvi-péritonite intense anté et rétro-utérine, bloquant ensemble, en avant, la vessie et la face antérieure de l'utérus ; en arrière, *les annexes, le Douglas et l'S iliaque*. On est obligé de libérer successivement les différentes faces utérines et l'on reconnaît l'existence de deux trompes remplies de caillots anciens, noirs, constituant un double hémato-salpinx.

Hystérectomie totale par le procédé ordinaire. Péritonisation soignée. On explore la région appendiculaire : l'appendice est rétro-cœcal, intrapariétal ; on le laisse.

Examen de la pièce : fibromes multiples des différents types habituels ; de plus, le col est absolument dur, fibreux, sans endométrite cervicale.

Suites opératoires simples. La malade part guérie le 25 juillet.

Nota. — Nous pouvons faire pour cette observation la même réflexion que pour l'observation VIII.

OBSERVATION XV

Deux colpotomies pour pelvi-péritonite — Laparotomie secondaire. — Pyosalpinx gauche. — Annexite droite. — Mésosigmoïdite kystique. — Adérences de l'S iliaque à la vessie. — Hystérectomie totale. — Mort par infection péritonéale.

P... Lucie, épouse B..., admise d'urgence à l'hôpital le 30 mars 1913, pour phénomènes péritonéaux.

Colpotomie d'urgence à l'infirmerie de poste pour pelvi-péritonite suppurée.

Le lendemain, la malade passe dans le service. Température : 39° à l'entrée. Glace sur le ventre.

6 mai. La malade reprend de la température. Œdème du Douglas, cicatrice infiltrée. Pour combattre la suppuration de pelvi-péritonite, on refait une nouvelle colpotomie. Simple sérosité dans le Douglas ; tumeur de consistance ferme aux dépens des annexes gauches.

24 mai 1913. Laparotomie. — Pfannenstill. A l'ouverture du ventre, l'S iliaque apparaît, adhérent à la vessie, recouvrant tout le pelvis. Dans le méso-côlon, gros kyste clair, contenant un grand verre de liquide citrin.

On décolle l'S iliaque de la vessie et on enlève successivement, à gauche, un gros pyosalpinx mal drainé par la colpotomie, et à droite une grosse annexite pleine de pus, non ouverte. On fait alors la décapitation de l'utérus au niveau de l'isthme, le pincement des utérines, puis l'ablation secondaire du col par hémi-section. On fend largement le vagin en arrière. Grosse mèche vaginale. Péritonisation haute de l'S iliaque au feuillet antérieur du péritoine. Appendicectomie,

Suites opératoires : température oscillante entre 38° et 40°. Décès le sixième jour par infection péritonéale progressive. Pas d'autopsie.

OBSERVATION XVI

Annexite gauche. — Pelvi-péritonite adhésive : adhérences des annexes gauches à l'S iliaque. — Salpingectomie gauche. — Ligamentopexie par plicature. — Hystéropexie. — Guérison.

R... Marie, 25 ans, entre dans le service le 2 juin 1913, parce qu'elle souffre du ventre.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires ou personnels. Une seule grossesse : accouchement à terme il y a deux ans et demi ; enfant bien portant.

Souffre du bas-ventre depuis un mois et demi ; les douleurs sont plus vives au moment des règles. Au début, elles se sont accompagnées de douleur à la miction, actuellement disparue.

Pertes blanches abondantes, pas de métrorragie.

Palper abdominal négatif.

Toucher : col entr'ouvert ; on ne sent rien dans les culs-de-sac latéraux qui sont simplement un peu douloureux.

1^{er} juillet 1913. Intervention. — Pfannenstill. Utérus fixé en rétro-position par adhérences de pelvi-péritonite développées autour d'une *annexite gauche, adhérente au Douglas et à l'S iliaque*. En détachant cette annexite, on dépouille de séreuse toute la moitié gauche de la cavité pelvienne.

Salpingectomie unilatérale gauche, avec ligature successive des pédicules. Suture des tranches péritonéales portant la surface cruentée rétro-utérine para-côlique. Plicature des ligaments ronds. Hystéropexie par deux points au niveau de l'isthme et réfection du péritoine antérieur.

Suites simples. La malade part guérie le 21 juillet.

OBSERVATION XVII

Diagnostic clinique : tumeur du haut rectum. — Laparotomie : Fibromes multiples de l'utérus et annexite fibreuse double. — Adhérences au haut rectum par réaction de pelvi-péritonite plastique. — Castration totale. — Guérison opératoire. — Mort de cachexie avec eschare sacrée trois mois après l'intervention.

C... Mélanie, 50 ans, hospitalisée en médecine dans le service du docteur Devic ; passe dans le service du professeur Tixier le 18 juin 1913, sur diagnostic de *néoplasme du haut rectum*.

Rien à signaler dans les antécédents. Ménopause il y a deux mois.

Depuis deux ou trois ans, alternatives de constipation et de diarrhée, ayant fait place il y a cinq mois à une *constipation opiniâtre*. La malade va à la selle chaque jour, mais est obligée de s'y présenter cinq ou six fois sans résultat. Parfois glaires jaunâtres ou débris membraneux blanchâtres ou sanglants.

Epreintes douloureuses très intenses dans la matinée, se calmant le reste de la journée.

Aux poudrons, diminution du murmure vésiculaire aux deux sommets ; au sommet droit en outre, respiration soufflante et petits bruits discrets après la toux.

Etat général très altéré, facies jaune ; la malade a maigri de quinze kilos.

A l'examen : abdomen souple ; à droite, rein ptosé et foie débordant les fausses côtes de trois travers de doigt.

Toucher vaginal : culs-de-sac souples ; utérus en rétroversion, lisse, mobile, portant à droite un petit fibrome.

Toucher rectal : à dix centimètres de l'orifice anal, sur la paroi antérieure du rectum, sensation de *tumeur* de consistance irrégulière, marronnée, très mobile, du volume d'une grosse noix. La tumeur ne saigne pas pendant l'examen.

Cette même tumeur est sentie par le palper hypogastrique, le doigt restant dans le rectum. La muqueuse glisse parfaitement sur la tumeur, qui est très nettement sous-muqueuse ou extra-rectale : on voit en effet des tumeurs de l'S iliaque s'invaginant dans le rectum et donnant ces sensations.

En avant, on sent l'utérus avec les caractères indiqués plus haut.

25 juin 1913. Intervention. — Laparotomie longitudinale médiane. On découvre l'utérus, de volume normal, portant deux fibromes pédiculés sous-séreux, l'un à droite, mobile, sans adhérences, du volume d'une petite noix ; l'autre à gauche, plus petit, mais encerclé par la trompe fermée, siège d'une vieille annexite fibreuse. *Cette annexite avec le fibrome forme un tout noyé dans de la pelvi-péritonite plastique très adhérente au haut rectum.* On en pratique l'ablation par castration totale à l'américaine.

A la fin de l'opération, le toucher rectal montre qu'il existe une *bride de pelvi-péritonite fibreuse constituant un rétrécissement extrinsèque du rectum.* On libère cette adhérence et l'on péritonise avec soin, en s'efforçant de faire disparaître toute coudure de l'intestin.

L'inspection du reste du ventre ne révèle aucune lésion. On enlève l'appendice.

Examen de la pièce : l'utérus présente de nombreux noyaux fibromateux et une *vieille annexite* double.

Suites opératoires : température subfébrile pendant quinze jours, puis progressivement fébrile avec grandes oscillations irrégulières. Le 17 juillet, la malade retourne en médecine.

18 juillet.— Etat cachectique; température à 39° le soir. Aux poumons, on retrouve les signes précédemment notés, rien de plus. Un peu d'œdème des jambes, œdème de la vulve ; début d'eschare sacrée.

2 août. — La température et le mauvais état général sont explicables par l'eschare, qui atteint les dimensions d'une petite paume de main, car il y a peu de signes aux poumons et ils n'évoluent pas.

Les phénomènes intestinaux pour lesquels la malade était entrée ont complètement disparu après l'opération ; actuellement, elle est plutôt constipée, mais n'a plus de faux besoins.

21 août.— Depuis une quinzaine de jours, la température est plus élevée, plus oscillante ; l'état général s'aggrave encore. L'eschare ne se ferme pas et les tissus avoisinants sont décollés par la suppuration. A la base droite, on a des frottements,

mais sans diminution de la sonorité ; aux sommets, mêmes signes que précédemment.

La cachexie ne fait qu'augmenter et la malade meurt le 23 septembre, trois mois après l'opération, sans avoir présenté d'autres signes pulmonaires. L'eschare sacrée était devenue très étendue et il était apparu depuis quelques jours des eschares aux talons.

Pas d'autopsie.

OBSERVATION XVIII

Péricolite pelvienne adhésive simulant une colite ulcero-membraneuse. — Point de départ dans une annexite gauche post abortum. — Ablation des annexes gauches. — Guérison.

Femme de 24 ans, en traitement à l'Infirmierie de la Clinique obstétricale depuis le 4 mars 1918, pour suites d'avortement.

On la fait passer à la Clinique gynécologique le 12 mai.

Elle accuse surtout des *douleurs persistantes dans la fosse iliaque gauche*, s'irradiant dans le pelvis, surtout à gauche. Ces douleurs ont le caractère des coliques intestinales et ne sont pas modifiées par les phénomènes menstruels.

Constipation opiniâtre avec parfois crises diarrhéiques.

A l'examen, utérus gros en bonne position. Rien à droite ; à gauche, l'examen des annexes révèle une douleur naissant très haut, le long du côlon descendant. Il est impossible de différencier une annexite du côlon, qui est gros, dilaté et sensible.

Température atteignant le soir de temps à autre 37°8 à 38°.

Le traitement médical ordinaire longtemps continué, repos au lit, injections chaudes, lavements chauds, ou au contraire, glace, n'a rien donné.

M. Tixier porte le diagnostic de péricolite par adhérences à point de départ au niveau d'une annexite gauche post-abortum. Il est d'avis d'intervenir pour libérer le côlon et agir suivant les indications anatomo-pathologiques.

16 mai 1918. Intervention. — Laparotomie longitudinale médiane. A l'ouverture du ventre, on constate tout de suite

que le *côlon descendant* est gros, distendu, à paroi infiltrée, et que la *trompe gauche*, distendue, du volume de l'index, vient passer en sautoir au-dessus du gros intestin. Elle est maintenue dans cette position anormale par un véritable *vé-lum d'adhérences* qui, partant du cul-de-sac antérieur vésico-utérin, adhère au bord externe du ligament rond, passe sur la trompe et adhère largement au côlon au-dessus de l'S iliaque. Par dessus l'intestin, sur lequel ces adhérences forment un véritable lacis réticulé, le grand épiploon est venu lui aussi se fixer en ce point.

On enlève la trompe gauche et l'ovaire correspondant. Hémostase soignée, en reconstituant le ligament large gauche. On déroule l'S iliaque et le côlon descendant pour être sûr qu'ils ne restent pas coudés en aucun point. On explore les annexes droites, qui sont heureusement absolument saines ; on les respecte.

Fermeture totale du ventre.

Examen de la pièce : l'examen de la trompe révèle une oblitération du pavillon, du liquide hématique louche, une muqueuse veloutée présentant des lésions caractéristiques.

Suites opératoires simples ; guérison.

Il s'agissait en somme d'un cas typique de péricolite adhésive simulant une colite ulcéro-membraneuse. Le point de départ était une annexite gauche haute, consécutive à un avortement.

OBSERVATION XIX

Constipation. — Phénomènes d'obstruction intestinale, causés par une bride de péricolite pelvienne à point de départ annexiel gauche. — Castration totale. — Entéro-anastomose iléo-sigmoïdienne. — Guérison.

R... Clotilde, épouse M..., 51 ans, entre dans le service le 5 janvier 1919, pour troubles intestinaux et douleurs abdominales.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires.

Personnellement, nervosité considérable. Cinq grossesses ;

un enfant vivant et bien portant, quatre fausses-couches. Un curettage utérin.

Depuis quinze ans, la malade souffre dans la région gauche de l'abdomen, surtout sous les fausses côtes. Pendant les sept ou huit premières années, elle souffrait par crises, une ou deux fois par jour, et les crises douloureuses étaient suivies d'une émission de débris membraneux, de glaires, de pus et parfois d'un peu de sérosité sanguinolente. Pendant cette période, la malade était constipée, sans débâcles diarrhéiques ; pas de vomissements.

Pendant les dernières années, les douleurs ont augmenté d'intensité et les selles sont devenues beaucoup plus fréquentes : sept à huit par jour, contenant des peaux et des glaires en grande quantité, du pus et du sang noirâtre.

Depuis un an, les douleurs sont très vives et s'accompagnent d'ondes péristaltiques.

Actuellement, amaigrissement marqué : quatre kilos dans les quatre derniers mois. Teint pâle. Rien au cœur ni aux poumons.

Abdomen souple. Foie gros, débordant les fausses côtes, avec un point vésiculaire légèrement douloureux. La palpation ne révèle rien d'autre.

Toucher rectal négatif.

Toucher vaginal : utérus en anté-flexion avec un petit fibrome, du volume d'un poing de femme.

Les matières ne renferment pas de sang à l'examen macroscopique.

Radioscopie : grand retard dans l'évacuation normale du bismuth. Cœcum dilaté ; le côlon transverse immense tombe en tablier sous la forme d'un U dont l'angle le plus aigu est au niveau de l'angle gauche. En aucun point, il n'existe de signes de sténose vraie du côlon ; il semble que ce sont des adhérences qui constituent une gêne extrinsèque au passage des produits intestinaux.

A l'examen clinique chirurgical, on constate qu'en réalité les boules fécales forment un chapelet jusqu'à l'entrée du côlon dans le pelvis.

On admet la possibilité d'une bride inflammatoire sur le côlon descendant ou pelvien, bride à point de départ annexiel. En effet, le toucher vaginal a révélé l'existence d'un fibrome : il a pu déterminer une inflammation et des lésions annexielles gauches.

L'indication thérapeutique est d'enlever le fibrome et de

faciliter la circulation intestinale par l'opération indiquée en cours de route.

23 janvier 1919. Intervention. — Grande laparotomie médiane. Le fibrome utérin est absolument libre et mobile, mais on constate l'existence d'une *grosse bride fibreuse, résistante, qui, partant du feuillet postérieur du ligament large gauche, forme boucle autour du côlon pelvien*. C'est bien elle qui est la cause des phénomènes d'obstruction.

D'autre part, il ne faut pas se contenter de sectionner cette bride, on ne serait pas sûr d'un bon résultat ; aussi l'on pratique :

1° Hystérectomie abdominale totale ;

2° Anastomose latéro-latérale de l'iléon avec l'S iliaque, au-dessous du point bridé.

Suites opératoires extrêmement simples, sans aucune réaction péritonéale. Au quatrième jour, la malade commence à aller à la selle. Aucun trouble de la circulation de l'intestin. L'état général s'améliore rapidement.

OBSERVATION XX

Kyste de l'ovaire gauche tordu. — Adhéhances au côlon descendant et aux franges épiploïques. — Ovariectomie gauche. — Guérison.

B... Marie, épouse P..., 35 ans, entre dans le service le 3 juillet 1919, pour douleurs abdominales, avec le diagnostic d'appendicite chronique.

Réglée à quatorze ans, régulièrement depuis.

Mariée à vingt ans; deux enfants, pas de fausse-couche.

Il y a treize ans, un mois après le premier accouchement, elle eut une crise de douleur violente dans la fosse iliaque droite, avec vomissements, pour laquelle elle resta trois semaines alitée. Depuis, elle allait bien : constipation habituelle, mais pas de douleurs abdominales.

Le 12 mai 1919, nouvelle crise : douleur brusque en coup de poignard dans la fosse iliaque droite; le lendemain, vomis-

sements. Sous l'influence du repos et de la glace, les douleurs diminuent au bout de quelques jours, mais persistent atténuées, irradiées dans tout l'abdomen, toutefois plus marquées à droite. A la suite du premier lever, le dix-neuvième jour, poussée de phlébite dans la jambe droite. Enfin, tout s'amenda.

Depuis dix jours, réapparition de douleurs abdominales, généralisées, mais plus marquées à droite.

A la suite de ces poussées successives, la malade est envoyée à l'hôpital, pour intervention.

Etat général, bon. *Constipation*. Température, 38°.

A l'examen : abdomen non ballonné; *dans la fosse iliaque gauche, côlon descendant dur et boudiné*, non douloureux. A droite, cœcum dilaté, gargouillant; douleur à la palpation sans réaction de défense de la paroi.

Toucher : infiltration œdémateuse des culs-de-sac.

9 juillet. Intervention. — Laparotomie médiane, sous-ombilicale. A l'ouverture du ventre, sang épanché dans le ventre et le Douglas comme dans une grossesse extra-utérine. Sur la ligne médiane, débordant un peu à droite, masse bleu foncé, du volume d'une grosse orange, représentant une *tumeur ovarienne tordue. Adhérences au côlon descendant et aux franges épiploïques*. La tumeur est encerclée par la trompe gauche, qui décrit un demi-cercle autour de la tumeur ovarienne, en passant exactement sous le cœcum, au contact de l'appendice.

Protection soignée de la grande cavité péritonéale. On décolle la poche ovarienne qui se rompt en laissant échapper un grand verre de liquide sépia. La trompe est saine, et comme il s'agit d'une femme de 35 ans dont les annexes droites sont saines, on se contente de l'ablation des annexes gauches.

Hémostase. L'appendice, étant sous-séreux, est respecté. Fermeture totale du ventre.

Suites opératoires très simples. La malade quitte le service le 26 juillet.

OBSERVATION XXI

Pyosalpinx bilatéral, adhérent à gauche au côlon sigmoïde. — Hystérectomie totale. — Mort subite au huitième jour d'infarctus pulmonaire.

P... Rose, épouse M..., 46 ans, entre dans le service le 7 juillet 1919, pour métrorragies.

Antécédents héréditaires : mère morte de cancer utérin.

Personnellement, mariée, mais n'a eu ni enfants ni fausses-couches.

Il y a trois semaines, pertes très abondantes; la malade ressentait alors depuis quelque temps des douleurs vagues aux lombes et dans le bas-ventre. Depuis, les pertes se sont succédé presque sans interruption, moins abondantes et moins nettement hémorragiques que les premières, simplement teintées en rose, mais fétides.

Pas de fièvre.

Au toucher : col petit, régulier, fermé. L'utérus semble très volumineux, élargi transversalement, étalant les culs-de-sac vaginaux. Douleur assez vive à la palpation. Les annexes ne peuvent être perçues, mais elles font peut-être corps avec l'utérus, englobé dans une annexite. On hésite entre le diagnostic d'annexite et celui d'utérus fibromateux, avec fibrome sous-muqueux.

10 juillet. Intervention. — Laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve un double pyosalpinx, fixant l'utérus au fond du pelvis : les deux trompes sont prolabées dans le Douglas et font corps avec l'utérus. *Elles entraînent le côlon sigmoïde, dont les franges coiffent le pyosalpinx gauche, et font partie de la coque purulente.*

A gauche, le pyosalpinx est rompu et enlevé par fragments; à droite, on peut l'enlever sans le rompre.

Hystérectomie totale. Péritonisation convenable, malgré la friabilité du péritoine rétro-utérin. On fixe les franges épiploïques, couvertes d'une coque purulente, à la ligne de péritonisation. Fermeture totale. Drain dans le tissu cellulaire.

17 juillet. — Alors que la malade allait très bien, que les suites opératoires immédiates avaient été très simples, un incident subit se produit. Au cours d'une visite de son mari,

la malade se trouve mal subitement : angoisse, dyspnée, et meurt quelques heures après, malgré les injections hypodermiques toniques.

Autopsie. — On ne trouve, pour expliquer la mort, qu'un infarctus pulmonaire limité, triangulaire, du volume d'une orange.

OBSERVATION XXII

Pyosalpinx bilatéral. — Appendicite. — Péricolite gauche inflammatoire. — Castration totale. — Appendicectomie. — Guérison.

P... Marie, femme X..., 28 ans, entre dans le service le 21 juillet 1919, pour une ménorragie.

Mariée depuis sept ans ; une fausse-couche après six mois de mariage ; pas d'autre grossesse.

Pertes blanches abondantes depuis cette époque. Il y a cinq ans, poussée de salpingite avec réaction péritonéale violente, ayant duré un mois. Peu à peu, les règles redeviennent normales, non douloureuses.

Depuis deux mois, la malade a eu trois crises douloureuses violentes, l'obligeant à garder le lit. Le mois dernier, les règles ne durèrent qu'un jour et furent suivies de pertes blanches abondantes.

Ces jours-ci, les règles sont venues en avance d'une semaine, abondantes, et continuent actuellement, formées de sang rouge et de caillots noirâtres.

Amaigrissement ; douleurs lombaires ; troubles digestifs ; constipation.

Toucher vaginal : col fermé, de consistance plutôt ferme ; utérus de dimensions normales, débordant légèrement la ligne médiane à droite. A gauche, pyosalpinx du volume d'une mandarine ou petite orange. A droite, annexite ancienne, non suppurée. Pertes sanglantes, fétides.

24 août. — Malgré le repos au lit et le traitement médical, la malade continue à souffrir, elle a une légère élévation de température chaque soir, elle reste pâle. On sent toujours une annexite gauche, du volume d'une grosse noix, adhérente

au Douglas. Sur la demande réitérée de la malade, on décide d'intervenir.

2 septembre. Intervention. — Comme on a quelques doutes sur la nature tuberculeuse de l'infection, on fait une incision longitudinale. A l'ouverture du ventre, on trouve *le côlon descendant adhérent par dessus l'utérus au péritoine prévésical*. On le libère avec soin, on lie les franges épiploïques saignotantes, et l'on constate que *cette péricôlite remonte au détroit supérieur*.

L'appendice, adhérent à la trompe[®] droite, est tendu au-dessus du pelvis de haut en bas et de dehors en dedans. Castration totale, de droite à gauche. Appendicectomie. Péritonisation haute; simple mèche dans le vagin; fermeture totale du ventre.

Examen de la pièce : il s'agit d'une salpingite banale, ne paraissant pas tuberculeuse, très probablement gonococcique, en voie de résolution, mais avec grosses lésions de pelvi-péritonite et existence d'une appendicite qui aurait entretenu longtemps l'infection. L'intervention, à ce titre, a donc été très heureuse.

Suites simples. La malade sort guérie le 20 septembre.

CONCLUSIONS

I. — Le retentissement inflammatoire des affections des annexes gauches sur l'S iliaque est actuellement une chose bien connue et admise de tous. Mais tout le côlon descendant peut être le siège de péricôlite adhésive, avec brides plus ou moins isolées, et d'adhérences définitivement organisées.

Toutes les affections gynécologiques sont susceptibles, même sans poussée de pelvi-péritonite grave, d'être le point de départ de brides : les annexites gauches en sont le point de départ le plus fréquent, mais on peut les observer également dans les kystes de l'ovaire, simples ou tordus, et dans les fibromes utérins.

II. — Dans ces diverses affections, on constate souvent de la réaction péritonéale au niveau des annexes, de l'utérus, des ligaments larges ou du cul-de-sac de Douglas.

Le méso-sigmoïde, consécutivement à une affection annexielle, peut présenter des altérations, dont la plus fréquente est la méso-sigmoïdite rétractile, cause de coudures intestinales.

III. — Les lésions de l'intestin sont très variables : tantôt simples adhésions, trouvaille d'opération; tantôt *brides* avec coudure intestinale ou diminution de la lumière de l'organe; tantôt encore, *péricôlite plas-*

tique diffuse, d'autres fois enfin, *péricôlite exubérante*, bloc fibreux englobant l'intestin, l'annexe et même l'utérus, et pouvant aller jusqu'à simuler une tumeur.

C'est le plus souvent sur l'S iliaque que se jettent les adhérences et que s'observent les complications; mais, parfois aussi, cette péricôlite adhésive remonte haut sur le côlon descendant, jusqu'à l'angle gauche même.

IV. — La cause déterminante à-peu près constante est l'infection péritonéale.

La propagation de l'infection peut se faire exceptionnellement par le ligament infundibulo-côlique, qui n'existe que très rarement; on peut admettre également dans certains cas la propagation au rectum par la voie sous-péritonéale basse, au niveau du cul-de-sac de Douglas.

Mais le plus souvent, *la transmission est directe, par contact* entre les organes génitaux et le côlon descendant ou pelvien, par l'intermédiaire d'un processus de péritonite fibro-adhésive localisée.

V. — La symptomatologie est très variable : souvent tout se borne aux symptômes gynécologiques, sans qu'aucun signe surajouté puisse faire soupçonner des adhérences. La côlite muco-membraneuse est cependant fréquente chez les femmes atteintes d'affection utérine ou annexielle.

D'autres fois, c'est l'intestin qui attire presque toute l'attention : les symptômes sont, soit ceux de la côlite ulcéro-membraneuse, soit ceux d'une obstruction intestinale chronique. Le plus souvent, l'interrogatoire et l'examen clinique pourront déceler ou tout au moins faire soupçonner l'origine gynécologique des accidents.

Ces phénomènes inflammatoires mécaniques sur le côlon descendant ou l'S iliaque pourront peut-être aussi être incriminés dans certaines occlusions post-opératoires et dans certaines occlusions aiguës ordinaires.

VI. — Le traitement préventif consiste essentiellement à soigner jusqu'à parfaite résolution la moindre poussée péritonitique à point de départ gynécologique.

Le traitement curatif pourra être médical dans les cas légers et moyens; mais on ne devra pas s'y attarder s'il reste inefficace.

Dans les cas graves ou rebelles, le traitement chirurgical s'impose : après laparotomie, on pratiquera la libération des adhérences, suivie le plus souvent de l'ablation de l'organe malade.

Dans certains cas exceptionnels, ce ne sera pas suffisant, et l'on pourra être conduit à l'exclusion, par entéro-anastomose, de la portion intestinale rétrécie.

Le Président de Thèse,
TIXIER.

VU :
Le Doyen,
L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Lyon, le 5 Novembre 1919,
Le Recteur, Président du Conseil de l'Université.
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- 1895.** — YVAN LETCHEFF. — *De la colite muco-membraneuse chez les utérines*. Thèse, Paris, 1895-1896.
- 1906.** — MICHAUX. — *Périsigmoïdite d'origine ovarienne*. Communication à la Société de Chirurgie : 7 mars et 4 avril 1906.
- SAILLANT. — *Sigmoïdites et périsigmoïdites*. Thèse, Paris, 1906-1907.
- 1907.** — ROBINSON BYRON. — *Medical Standart*, Chicago, 1907.
- ALBRECHT. — *Rapports entre la flexure sigmoïde et les organes génitaux*. « Archiv. f. Gynaekologie », 1907.
- 1908.** — RAWSON PENNINGTON. — « New-York medical journal », tome I.
- BROUHA. — *Les relations de l'anse sigmoïde avec les organes génitaux de la femme*. « Le Scalpel », Liège, 27 septembre 1908.
- GUILLAUME-LOUIS. — *Sigmoïdites et périsigmoïdites*. « Archives médico-chirurgicales de Province », 1909, n° 8.
- 1909.** — G. KUSS. — *Les rétrécissements péricôliques pelviens*. Thèse de Paris, 1909-1910.
- 1910.** — J. POULAIN. — *Sigmoïdite et Périsigmoïdite*. « Journal des Sciences médicales de Lille », mai 1910.
- PRINCETEAU. — *Rapports anatomo-pathologiques des annexes gauches avec l'S iliaque*. Congrès de Chirurgie de 1910.

- 1911.** — J. POULAIN. — *Sigmoïdite et infection des organes génitaux internes de la femme.* « Archives générales de Chirurgie », janvier 1911.
- R. CASTERA. — *Rapports anatomo-cliniques des annexites gauches avec l'S iliaque et son méso.* Thèse de Bordeaux, 1910-1911.
- PENNINGTON. — *Le facteur sigmoïdien dans les maladies pelviennes.* « Semaine médicale », 18 novembre 1911.
- 1913.** — M. PATEL. — *Chirurgie du côlon pelvien.* Rapport au Congrès de Chirurgie de 1913.
- M. PATEL. — *Les lésions de l'S iliaque au cours des affections gynécologiques.* — Communication au Congrès de Gynécologie de 1913. — « Annales de Gynécologie », 1913, page 304.
-

Imprimerie J.-B. ROUDIL, 3, Quai Saint-Clair, LYON
